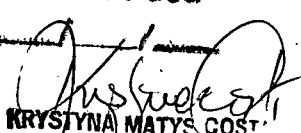


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

CONHECIMENTO E ANÁLISE
DA SITUAÇÃO DO PACIENTE PORTADOR
DE DOENÇA RENAL
CRÔNICA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
- CARACTERIZAÇÃO E REFLEXÃO

**Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
departamento de serviço social da universidade
federal de santa catarina para obtenção do título
de assistente social, pela acadêmica:**

Aprovado Pelo DSS
Em 
KRYSTYNA MATYS COST
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE-UFSC

Tânia Gomes da Rosa

Florianópolis, Novembro de 1995.

Dedico este trabalho à minha mãe, que durante sua
permanência entre nós só nos fez crescer;
À meu noivo Ivo, pela compreensão e apoio

AGRADECIMENTOS

Agradeço as pessoas que estiverem presentes comigo, nesta longa caminhada: aos pacientes, e a equipe da Unidade de Trabalho Dialítico, UTD do Hospital Universitário pela colaboração, aos meus irmãos, pela compreensão e apoio; à Maria Eduarda, Susana, Nilsa, Georgia, Marilúcia, Rosilda pela nossa amizade; e as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a minha formação profissional.

"... o primeiro pressuposto de toda a existência humana e, portanto, de toda a história, é que os homens devem estar em condições de viver para fazer história. Mas, para viver, é preciso antes de tudo comer, beber, ter habitação, vestir-ser e algumas coisas mais. O primeiro ato histórico é, portanto, a produção dos meios que permitam a satisfação destas necessidades, a produção da própria vida material, e de fato este é um ato histórico, uma condição fundamental de toda a história que, ainda hoje, como há milhares de anos, deve ser cumprido todos os dias e todas as horas, simplesmente para manter os homens vivos."

Marx e Engels (apud REISHL, 1989, p. 30)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
CAPÍTULO I O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESPAÇO DA PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL	8
1.1. Hospital Universitário - Um Breve Histórico	8
1.2. O Serviço Social no Hospital Universitário	12
1.3. A Unidade de Diálise Neste Contexto Hospitalar	15
1.4. Atuação do Profissional do Serviço Social na Unidade de Diálise	19
CAPÍTULO II O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: QUESTÕES E PARTICULARIDADES NA ÁREA RENAL	30
2.1. O Processo Saúde-Doença	30
2.2. Questões e Particularidades na Área Renal	34
CAPÍTULO III A PESQUISA ENQUANTO INSTRUMENTO: CONHECIMENTO E ANÁLISE DO COTIDIANO DOS PACIENTES RENAI CRÔNICOS NO HU	43
3.1. Caracterização dos pacientes da Unidade de Tratamento Dialítico, UTD	43
3.1.1. Metodologia	46
3.1.2. Resultados da aplicação do formulário	49

3.2. Aspecto Ético com Relação à Cidadania e aos Direitos Humanos55

CONSIDERAÇÕES FINAIS64

SUGESTÕES.....66

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS67

ANEXOS71

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso objetivou descrever nossa experiência de estágio - processo integrante da formação profissional do assistente social desenvolvido junto ao paciente, portador de doença renal crônica no Setor de Nefrologia "unidade de Diálise" do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina em Florianópolis.

Durante a experiência vivenciada, percebemos a importância de um conhecimento do paciente portador de doença renal crônica, identificando-o e permitindo uma visão mais ampla do contexto em que está inserido.

A ausência de dados dificultava a definição de prioridades na área social, que levavam sempre a atuação de forma empírica, pelo desconhecimento de população atendida.

A possibilidade de resgatar e sistematizar essa caracterização, para que possa ser discutida, animou-nos a descrevê-la, somando-se o fato de ser trabalho pioneiro em nosso meio.

Procuramos, para tanto, identificar e analisar, face às características psico-sócio-econômica do paciente portador renal crônica, quais as ações desenvolvidas pelo assistente social junto a esse paciente no espaço hospitalar. A partir de estudos iniciais, estabeleceram-se os seguintes objetivos para o estudo em questão:

Conhecer as características psico-sócio-econômicas do paciente portador de doença renal-crônica;

Evidenciar as ações desenvolvidas pelo serviço social junto a esses pacientes.

O procedimento metodológico para caracterização desse paciente foi o seguinte: a partir da leitura do diário de campo, dos relatórios, formulários, entrevistas semi-estruturas e observações junto aos pacientes atendidos na Unidade de Diálise. Foram realizados no período de 05 Abril de 1994 a 30 de junho de 1995 e os sujeitos da pesquisa foram os pacientes portadores de doença renal crônica em tratamento na Unidade de Diálise no HU.

Foram entrevistados 23 pacientes que se enquadravam no critério estabelecido. As entrevistas e formulários não tiveram tempo de duração, uma vez que tínhamos o acompanhamento diário com esses pacientes.

O trabalho foi estruturado e apresentado em três capítulos, sendo que o primeiro capítulo, apresenta o Hospital Universitário como contexto do espaço da prática do serviço social, e o segundo capítulo trata de uma reflexão do processo saúde-doença: questões e particularidades na área renal, e o terceiro capítulo, apresenta o resultado da investigação que possibilitou o conhecimento e análise do cotidiano dos pacientes portadores de doença renal crônica em tratamento no H.U.

CAPÍTULO I

O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESPAÇO DA PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL

1.1. Hospital Universitário - Um Breve Histórico

O Hospital Universitário (HU), fundado em 1980, funciona como órgão complementar da Universidade Federal de Santa Catarina, subordinado diretamente à Reitoria.

A finalidade básica do HU é a assistência médico-cirúrgica, o ensino na área da saúde, o desenvolvimento de pesquisas e extensão. É considerado, atualmente, um dos únicos hospitais públicos de Florianópolis visto como estabelecimento de referência no Estado.

Com relação aos hospitais universitários, a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta as ações e serviços de saúde, diz que

“Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde - SUS, mediante convênio, preservada sua autonomia administrativa em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados”.

O Hospital Universitário foi programado, projetado e construído para cumprir as diretrizes recomendadas pela comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação e Cultura, em 1963, e ter características tais que permitam o exercício de três funções principais: ensino na área de saúde, assistência médico-cirúrgica e desenvolvimento de pesquisas. Para tanto, supõe-se que deva ser um hospital organizado de acordo com as modernas técnicas de administração hospitalar e disponha de ambulatorios qualitativa e quantitativamente estruturados, serviços de emergência, razoável proporção de médicos docentes em tempo integral, disposição de leitos relacionados aos objetivos genéricos e à demanda, bem como se matricule com a rede geral de saúde de maneira a exercer uma ação médica comunitária. Deve ter como precípua a função assistencial com atendimento global, sem restrições qualitativas ou quantitativas do indigente, do previdenciário ou particular.

Entre os anos de 1960 e 1968, percebeu-se inviável o ensino prático de medicina nos hospitais da comunidade, sem equipamentos para essa finalidade. Em 1964, o Ministério da Educação e Cultura aprovou o plano e autorizou o financiamento do projeto, elaborado para um hospital de 550 leitos, cobrindo uma área de 36.000m², logo reformulado, reduzindo-se a lotação para 320 leitos e uma área construída de 18.000 m². A obra foi concluída com 22.000m².

Em 1971, com 10.800m² de estrutura concluída, o governo, por achar que os estudantes da área da saúde deveriam ter suas aulas práticas nos hospitais da comunidade, determinou a paralisação das obras.

Por um período de 5 anos, as obras estiveram paralisadas, tendo prosseguido com recursos do Programa de Melhoramentos do Ensino Superior.

Em 1978, o HU passa por várias crises, superadas através de intensas campanhas em prol da conclusão de suas obras.

Em 11 de março de 1980, foi nomeada e empossada sua primeira diretoria, liderada pelo médico e professor Polydoro Ernani de Santiago e, como vice-diretor, João José Cândido da Silva.

A inauguração do Hospital Universitário deu-se em 2 de abril de 1980, com uma unidade de internação de 100 leitos, 23 consultórios de clínica geral e especializada, com possibilidade de 480 atendimentos diários. Foram ativados os setores de radiologia, laboratórios de análises clínicas e farmácia hospitalar.

Com a internação dos primeiros pacientes e a instalação do serviço médico e de enfermagem, iniciou-se o ensino no hospital, com a vinda dos estudantes de medicina, transferidos do Hospital de Caridade e, posteriormente, do Hospital Infantil e Maternidade Carmela Dutra.

O HU, que tinha por objetivo prioritário o ensino médico, passou a redefinir-se como hospital geral para assistência comunitária e para o ensino graduado de profissões da área da saúde e treinamento de pessoal hospitalar.

O HU, por ser um hospital escola, tem metas e objetivos traçados, que nem sempre vão ao encontro dos anseios da população. Aí, instala-se uma contradição entre os interesses da instituição e os da população. Os estudantes, por exemplo, encaram sua prática apenas como um aprendizado. Isso faz com que a sua clientela não seja observada e atendida através de uma visão global, o que, de fato, prejudica o funcionamento de um hospital que se propõe a um atendimento multi e interprofissional.

O interesse centralizado apenas no aprendizado torna o atendimento desumano, impedindo que o paciente seja tratado como um ser único e importante.

O interesse real do usuário é atingir um estado de saúde, porém se sabe que suas necessidades extrapolam o campo da cura física. Ele precisa, na maioria das vezes, ver-se atendido em suas necessidades psíquicas e sociais, fatores que auxiliarão na superação de seus problemas emergentes.

Para esses atendimentos global ao paciente, o HU dispõe de um quadro profissional privilegiado, comparado aos demais hospitais da rede estadual, pois possui um número significativo e diversificado de profissionais e, além do pessoal permanente, conta com alunos, estagiários e residentes.

No entanto, apesar de possuir recursos humanos satisfatórios, a instituição é deficitária no que concerne aos recursos materiais. Os equipamentos hospitalares são caros, sua deterioração é rápida e, além disso, os constantes avanços tecnológicos fazem com que haja necessidade de sua constante renovação.

Entre os serviços médicos oferecidos à comunidade tem-se:

- Atendimento à saúde da comunidade universitária - desenvolve atividades de assistência ambulatorial para servidores e alunos da UFSC;

- Medicina ambulatorial - desenvolve atividades voltadas ao atendimento primário no sentido de prevenir e curar doenças, oferecendo, aproximadamente, 40 especialidades de atendimento* .

O objetivo da instituição é prestar assistência biopsicossocial, visando conservar, recuperar, preservar e elevar o nível de saúde, proporcionando melhores condições de vida à população atendida, através de:

* Alguns serviços oferecidos pelo HU: Cardiologia, Hematologia, Pneumologia, Nefrologia, Neurologia, Gastroenterologia, Cirurgia Geral, Ortopedia, Cirurgia Vascular, Proctologia, Urologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Anestesiologia, Emergência, Terapia Intensiva, Ginecologia e Obstetrícia, Neonatologia e Pediatria.

O objetivo da instituição é prestar assistência biopsicossocial, visando conservar, recuperar, preservar e elevar o nível de saúde, proporcionando melhores condições de vida à população atendida, através de:

- Atendimento à comunidade em geral, constituindo-se num hospital de referência do Estado, prestando assistência primária, secundária e terciária, sobretudo à população de Florianópolis e Grande Florianópolis;

- Atendimento médico-hospitalar em medicina preventiva à comunidade universitária e circunvizinha;

- Formação de profissionais na área de medicina e nas demais áreas de saúde.

Os âmbitos de ação da instituição se dirige à comunidade que possui ou não vínculo com a Previdência Social, abrangendo Florianópolis e região, assim como localidades do interior do Estado.

Baseado nesta realidade, o trabalho do Serviço Social faz-se necessário, justificando-se que sua contribuição é significativa os aspectos sociais, proporcionando um acompanhamento qualificado junto a população atendida no H.U.

1.2. O Serviço Social no Hospital Universitário

A participação do Serviço Social junto ao corpo de profissionais do HU foi solicitada pelo diretor da comissão de implantação do HU, que viabilizou um trabalho em equipe com diferentes profissionais e especialistas, visando oferecer um atendimento global das necessidades do paciente e seus familiares, contribuindo no sentido de abranger o indivíduo em sua totalidade.

Essa atuação tem representado uma contribuição muito significativa à medida que considera especificamente os aspectos sociais que envolvem o pacien-

→ Emergência

→ Unidades de internação, que compreendem as clínicas Cirúrgica, Médicas (Feminina e Masculina), Ginecologia e Pediatria.

→ Hemoterapia com o grupo de terceira idade - GIG.

→ Patologias específicas como: diabetes, ostomizados e doenças renais

O organograma compreende, basicamente, uma chefia, sete assistentes sociais a ela subordinados e um escriturária.

Também fazem parte de organização interna do Serviço Social os estagiários do curso de Serviço Social da UFSC.

No HU, o Serviço Social tem avançado na questão administrativa, no sentido de estar conquistando um espaço de atuação cada vez maior, conquistas essas ocorridas lentamente, e cujos resultados ficam evidentes a longo prazo.

A partir do momento em que compreendemos o verdadeiro significado da palavra saúde, como sendo o conjunto de condições no qual as pessoas vivem, pode-se observar a importância da atuação do Serviço Social junto à equipe multiprofissional, pois suas atividades visam, não só aquele momento vivido pelo paciente, mas procura compreender e intervir em todo o contexto no qual será inserido.

Sabemos que o assistente social encontra dificuldades no campo da saúde, bem como severas limitações, visto que o binômio saúde/doença está muito relacionado à prática médica. Sendo assim, os objetivos do assistente social da instituição hospitalar deve estar relacionado com os objetivos da unidade de trabalho, da instituição e, fundamentalmente, com os objetivos reais da profissão.

A maioria dos profissionais que atendem no HU vêem a saúde como ausência de enfermidade e não como um processo social. A pessoa doente é vista

de forma fragmentada, sem levar-se em conta sua relação com o meio, suas condições de vida. É comum, portanto, entre os profissionais da área médica dicotomizar os casos clínicos dos casos sociais, considerando esses últimos de competência exclusiva do Serviço Social.

Embora essa seja a concepção predominante de saúde no HU, alguns profissionais compreendem de forma mais global, ajudando a construir um trabalho interdisciplinar, como ocorre na UTD, pediatria, com os idosos, os diabéticos e outros pacientes.

Sendo o HU um hospital público, atende toda a população, independente de convênios. A clientela do Serviço Social é aquela que se encontra em dificuldades para assegurar seu tratamento de saúde, em função de suas precárias condições de existência. Em sua maioria, são pessoas com baixo nível de escolaridade, baixa renda, desempregos, subempregados, aposentados, domésticas, entre outros. Essas pessoas procuram o Serviço Social para solicitar assistência, intervenção em situações-problemas ou auxílios concretos como alojamentos (albergues, asilos, etc), consultas, exames, alimentação, medicação, órteses e próteses (muletas, óculos, cadeira de rodas), informações sobre o processo de internação hospitalar, direitos previdenciários e trabalhistas e recursos comunitários.

O objetivo de atuação do Serviço Social no HU são as situações vivenciadas pela clientela na vida cotidiana, no seu processo saúde x doença, principalmente relacionado às respostas dadas pelas políticas sociais em cada conjuntura específica de nossa sociedade.

O Serviço Social entende que a saúde é a luta pela sobrevivência, resultante das condições de vida da população, e que a assistência à saúde é um processo de construção de cidadania.

A assistência se constitui numa função principal do Serviço Social e está além de seu caráter emergencial, individual. Possui uma dimensão, no que concerne à formulação de políticas e recursos comunitários, que se amplia frente à insuficiência e ineficácia das políticas sociais e em face das dificuldades encontradas para o exercício da prática profissional na área da saúde.

Baseado nesta realidade, é que o Serviço Social no setor de Nefrologia - “Unidade de Diálise”, do Hospital Universitário, justifica sua participação sistemática junto ao paciente renal e seus familiares, numa colaboração ativa e constante, interagindo com a equipe; interprofissional.

1.3. A Unidade de Diálise Neste Contexto Hospitalar

Ao abordarmos com especificidade a doença renal, julgamos oportuno resgatar, historicamente, a condição inicial de atendimento no HU, e sua trajetória para consolidação de uma unidade específica de tratamento do portador dessa doença.

Em contato com alguns profissionais do HU, estes, através de seus depoimentos, nos forneceram informações que nos permitiram construir, de certo modo, a história da criação dessa Unidade no HU.

A Unidade de Terapia Intensiva - UTI - iniciou o tratamento de diálise em caráter emergencial com o portador de doença renal. Com o decorrer do tempo, e o aumento da demanda atendida, fez-se necessário o aprimoramento dos serviços prestados ao portador da doença renal, implantando-se, assim, uma unidade exclusiva para essa patologia específica. Porém, antes de explicarmos a Unidade, cabe resgataremos alguns fatos históricos da sua implantação.

dade exclusiva para essa patologia específica. Porém, antes de explicarmos a Unidade, cabe resgatarmos alguns fatos históricos da sua implantação.

Em 1998, criou-se a Unidade Médica, que contou, na época, com um médico nefrologista e três enfermeiras.

Inicialmente, o tratamento era realizado via Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD), que consta do seguinte:

“O paciente faz a diálise em casa, durante 24 horas por dia, 7 dias da semana. Vem ao hospital uma vez por mês. Atualmente, não há essa modalidade de diálise”. (DACHI, 1995).

A partir de 1991, seu atendimento, foi ampliado e, a partir da necessidade constatada pela equipe, foram acrescentados outros profissionais (três especialistas em Nefrologia), tornando-se, por isso, indispensável a especialização e o treinamento de pessoal para atendimento dos pacientes na nova modalidade de tratamento implantada.

No mesmo ano, iniciaram-se as atividades com a Diálise Peritoneal Intermitente (DPI), num quarto da Clínica Médica Feminina, havendo dois leitos.

A Diálise, segundo DACHI, 1995).

“É um processo de depuração (limpeza) do sangue de substâncias nocivas ao organismo, através de uma membrana semi-permeável”.

Um dos procedimentos de Diálise usados na UTD com relação à DPI é a ida do paciente uma vez por semana ao hospital, no qual permanece, em média, 48 horas(DACHI, 1995).

“Através de um aparelho chamado “rim artificial” o sangue do paciente é depurado. Nesse caso, o paciente é submetido a três sessões semanais, cada sessão com 3 a 4 horas de duração, atividade esta realizada no hospital”. (DACHI, 1995)

A partir desse momento, é que se pode caracterizar o atendimento na Unidade como um processo contínuo, havendo também a ampliação dos serviços oferecidos pela UTD.

O Serviço de Nefrologia atende pacientes externos e internos, portadores de doença renal aguda ou crônica. Tem como objetivo prestar assistência qualificada aos pacientes portadores de doença renal, no atendimento de suas necessidades humanas, sociais e biológicas afetadas pela doença.

Com relação à média de atendimentos, dados de 1995 mostram que são atendidos, por escala semanal, oito pacientes no tratamento de Diálise Peritoneal Intermitente e nove pacientes no tratamento de Hemodiálise.

A doença renal, em seu estágio inicial, é passível de medidas dietéticas, higiênicas que dispensam o paciente, da necessidade de um tratamento dialítico contínuo. Nesse caso, a Diálise é realizada conforme prescrição médica, mas tem um caráter provisório, até a melhora das condições do paciente.

O doente renal “crônico” submete-se a uma intensificação na realização de diálises em tratamento contínuo. No entanto, essas se constitui em terapêutica paliativa, pois a verdadeira esperança para esse tipo de paciente de retorno a uma vida normal é a realização do transplante.

“O transplante renal, em princípio, destina-se a todos os portadores de insuficiência renal crônica terminal, na faixa etária de 1 a 65 anos, sendo contra-indicado aos portadores de doenças neo-

“O transplante renal, em princípio, destina-se a todos os portadores de insuficiência renal crônica terminal, na faixa etária de 1 a 65 anos, sendo contra-indicado aos portadores de doenças neoplásicas e cardiovasculares sintomática”. (SABBAGA, 1978)

Mas essa intervenção só pode ser realizada sob condições específicas, já que envolve parte de outra pessoa.

O doador pode ser de três tipos, segundo SABBAGA (1988):

- 1) vivo relacionado (pai, mãe, irmãos e filhos), isto é, doadores que dividem com o receptor certo grau de similaridade no sistema HLA* ;
- 2) vivo não relacionado (esposo, esposa, cunhado, amigo, etc.);
- 3) cadáver.

No caso desses dois últimos tipos de doador, é necessária uma perfeita avaliação da saúde, do paciente, porque não existe similaridade no sistema HLA, sendo necessários exames clínicos completos, principalmente no que se refere à função renal.

No Hospital Universitário, é realizado o transplante com o doador vivo, que pode ser do tipo vivo relacionado ou vivo não relacionado. A equipe que realiza a cirurgia é composta por urologistas e cirurgião vascular e, após, esses pacientes transplantados são acompanhados por nefrologistas da UTD.

* HLA - human leucocyte antigen (antígeno leucocitário humano). Todos os seres vivos têm marcadores imunológicos, que determinam sua identidade genética. Esses marcadores se situam em todas as células nucleadas do organismo e definem o próprio do não próprio, isto é, o que é reconhecido pelo organismo como estranho (não próprio) é submetido a um processo de rejeição. Tal antígeno é denominado HLA no homem.

1.4. Atuação do Profissional do Serviço Social na Unidade de Diálise

A prática do Serviço Social junto aos pacientes de doenças crônicas faz parte de um projeto de atuação profissional com portadores de patologias específicas.

A especificidade da atuação do Serviço Social junto aos pacientes crônicos é a da assistência, através de prestação de auxílios concretos, imediatos, bem como através da articulação dos serviços e recursos comunitários necessários ao processo de saúde versus doença.

Os objetivos do Serviço Social, dirigidos aos pacientes portadores de doenças crônicas, são:

- Conhecer o contexto social dos portadores de patologias específicas atendidas no HU;
- Prestar serviços sócio-assistenciais conforme as necessidades da doença, de acordo com cada portador;
- Favorecer a articulação de serviços e recursos comunitários com vistas a possibilitar ao portador de patologia específica um melhor enfrentamento do seu processo de doença.
- Favorecer a formação e articulação de grupos de apoio ao portador de patologias específicas no HU;
- Desenvolver pesquisas em temas específicos relacionados ao processo saúde x doença dos portadores de patologia específica.

De acordo com o projeto de ação do Serviço Social junto aos pacientes renais crônicos:

“A ação do Serviço Social, na equipe, fundamenta-se na perspectiva de atender as demandas sócio-assistenciais relacionadas à terapêutica dialítica e

de articulação dos recursos institucionais e comunitários, no sentido de viabilizar o transplante renal. Esse, com possibilidade de promover a melhoria da qualidade de vida do indivíduo”.

O profissional de Serviço Social interage de modo direto com o paciente, fazendo uso de instrumental específico, a fim de conhecer e atender as demandas oriundas da doença, do tratamento e suas conseqüências na vida familiar, social e profissional. Dentre essas técnicas, destaca-se a abordagem, mencionada por SOUZA (1987, p. 82) como:

“um processo com o qual o profissional desenvolve suas relações com outras pessoas. A abordagem marca o desenrolar de todo um conjunto de ações pelo que consegue expressar, sobretudo, no seu início”.

Através da abordagem, realizada individualmente, o profissional de Serviço Social busca auxiliar o paciente na resolução de seus problemas. Para tanto, procura uma mudança de atitude, por meio de apoio psicológico, bem como pelo uso dos recursos existentes na comunidade. Para o desenvolvimento dessa atividade, faz-se necessária a observação, conforme ressalta SOUZA (1987, p. 184),

“... ação de perceber, tomar conhecimento de um fato ou acontecimento que ajude a explicar a compreensão da realidade, encontrar os caminhos necessários aos objetivos a serem alcançados”.

Para compreender-se a realidade e obter seus elementos mais representativos e significativos, a observação se constitui numa ferramenta que é capaz

de detectar, pelo modo de agir, de se expressar, toda a realidade do paciente. Contudo, faz-se premente que esse olhar do observador seja pleno de objetividade.

Já a entrevista é outro instrumento valioso para a coleta e desvelamento do real; é o método de estabelecimento da relação cliente - assistente social, possibilitando, assim, a intervenção. Por meio da entrevista, o assistente social é capaz de reconhecer a realidade verbalizada pelo cliente e, através dela, estabelecer o espaço para o diálogo. A partir disso, podemos até mesmo considerar que observação, diálogo e entrevista se complementam:

“A entrevista é utilizada como forma de desvelamento do real, onde há a necessidade de priorizar um atendimento individual. O estabelecimento do diálogo proporciona um ampliar na consciência do cliente e do A.S., onde ocorre uma troca mútua de saberes”. (BARBOSA, 1989, p.15)

Por intermédio da entrevista, o profissional de Serviço Social busca reconhecer a realidade do paciente e, a partir daí, construir uma relação com base no diálogo. Fica possível, assim, conhecer a história de vida do paciente e suas interrelações.

O serviço Social tem a concepção de que a saúde não significa apenas não ter enfermidade, e procura, dessa forma, visualizar o paciente como uma unidade biopsicossocial.

O programa de ação do Serviço junto a pacientes com insuficiência renal crônica apresenta os seguintes objetivos:

- Atender as demandas sócio-assistenciais do paciente renal crônico em tratamento dialítico no HU, contribuindo para um melhor enfrentamento de seu pro-

cesso saúde-doença, através da prestação de serviços assistenciais, educativos e de apoio psicossocial, interpretando a doença, o tratamento e o transplante renal aos pacientes e familiares;

- Identificar as necessidades sócio-assistenciais dos pacientes em tratamento dialítico no HU;
- Esclarecer e orientar no sentido da mobilização de recursos institucionais/locais e regionais, a fim de possibilitar o tratamento e TRANSPLANTE;
- Providenciar auxílios concretos que viabilizem o tratamento e o TRANSPLANTE;
- Criar condições que viabilizem a troca de conhecimentos entre a equipe multiprofissional da UTD com o paciente renal crônico e a família, propiciando um atendimento global.

A insuficiência renal crônica remete o indivíduo a uma problemática complexa, pois o tratamento e os padecimentos gerados pela doença o impedem de exercer atividades normais em seu cotidiano, tendo que se submeter a severas restrições.

O atendimento a esses pacientes se faz necessário devido à carência, angústia, insegurança, medo, frustrações que enfrentam diante da doença. Pode-se, inclusive, perceber que o sofrimento se intensifica à medida que vê suas potencialidades diminuídas, interferindo na sua luta pela sobrevivência.

Nessa perspectiva, entende-se que o diálogo não é um meio de manipulação; é, na verdade, o instrumento de compreensão para se chegar ao apoio frente aos problemas, atingindo-se uma visão do homem enquanto pessoa, numa perspectiva humanista. Essa deve garantir que a identidade do paciente não se perca na estrutura e funcionamento hospitalar, objetivando-se chegar a uma transformação.

“quando comprometidos num pensamento crítico, a essência do diálogo se concretiza. O diálogo é, então, um encontro amoroso entre os homens que através do mundo o pronunciam, o transformam e, transformando, o humanizam para a humanização de todos”. (FREIRE, 1980, p. 43)

Através do diálogo, assume-se com o paciente, um compromisso, que resultará na prática profissional. Quanto a isso, DAMASCENO (1992, p. 90) argumenta:

“O compromisso, como ato de vontade, não surge espontaneamente no profissional (forma voluntária), mas se constrói e explicita na violência da prática, isto é, ação-reflexão sobre a realidade, como consequência de seu compromisso no engajamento pela transformação da sociedade. O compromisso do Assistente Social com o grupo coletivo é consequência do compromisso é a expressão da vontade, do desejo, do esforço do profissional em caminhar o projeto social de uma determinada classe social, seja no âmbito institucional ou junto aos movimentos populares. Assim, o compromisso não é um ato neutro; é um ato consciente, decidido, que requisita do profissional uma concepção de mundo e engajamento na sociedade”.

Após adquirir o conhecimento da realidade, e estabelecer um compromisso com o paciente, buscamos, em nossa atuação, conhecer as dificuldades e características do paciente renal crônico, e intervimos conforme o plano de atuação do Serviço Social junto a esses pacientes e seus familiares junto a UTD, que são:

- Identificação das demandas sócio-assistenciais dos pacientes e famílias atendidos na UTD;
- Prestação de auxílios concretos imediatos aos pacientes e familiares, necessários à viabilização do tratamento e TRANSPLANTE;
- Orientação e esclarecimento quanto aos direitos civis e previdenciários;
- Esclarecimento da dinâmica do tratamento na UTD e TRANSPLANTE aos pacientes e familiares;
- Orientações quanto aos recursos e serviços institucionais, locais e regionais para tratamento dialítico e TRANSPLANTE.
- Orientações e encaminhamentos quanto ao tratamento fora do domicílio (SUS) para inscrição no TRANSPLANTE;
- Articulação dos recursos locais/regionais para viabilização do tratamento e TRANSPLANTE;
- Articulação e interpretação das necessidades sócio-assistenciais entre os pacientes, família e equipe de saúde;

Para uma melhor compreensão, quanto ao procedimento do profissional, nesta unidade, especificamente, as ações profissionais podem ser assim detalhadas:

- Quando o paciente renal crônico ingressa no Hospital, UTD (Unidade de Tratamento Dialítico), são registrados todos os dados a seu respeito no livro de registro, controle dos pacientes em observação na UTD e, através deste, tomamos conhecimento do paciente, identificando nome, número do prontuário, motivo da internação, data de entrada e de saída do tratamento e seu destino;
- Controle diário: identifica-se o nome do paciente, seu número de registro, sua procedência, quantas diálises são realizadas e data do tratamento;

- Posteriormente, recorre-se ao prontuário específico da UTD no qual são anotadas informações mais detalhadas sobre o paciente e, por meio deste, evidencia-se o seu processo evolutivo.

Após estarmos cientes de todas as informações a respeito do paciente, realizamos o primeiro contato, através do qual resgatamos informações acerca da sua realidade econômico-social e cultural.

Em momento seguinte, através do diálogo e dos contatos constantes com o paciente e seu familiares, estabelece-se a troca de experiências e informações.

- Registro da ação profissional em prontuário da equipe e abertura do prontuário específico dos casos acompanhados.

Cabe salientar que, desde o início, foi de vital importância a troca de informações a respeito do paciente com a equipe multiprofissional da UTD. A comunicação clara e aberta possibilitou uma melhor intervenção, quando necessária, do Serviço Social.

Nesse período de permanência do paciente, enquanto em tratamento, com as informações obtidas, o profissional de Serviço Social passa a agilizar os encaminhamentos necessários, relativos às situações advindas da doença, do tratamento e das suas implicações sociais.

Tais implicações referem-se à falta de poder aquisitivo do paciente para se deslocar constantemente ao hospital para realização do tratamento, aquisição de medicamentos, de cadeira de rodas, falta de suporte familiar, baixo nível de escolaridade (o que dificulta a compreensão das orientações técnicas para o tratamento).

O tratamento e os padecimentos gerados pela doença impedem o paciente de exercer atividades rotineiras, tendo que se submeter a severas restri-

ções, como, por exemplo, dieta alimentar, uma vida mais sedentária. Isso se agrava, quando acompanhado de condições sócio-econômicas desfavoráveis. Embora o fator econômico não seja abalado, o paciente sofre, revolta-se refletindo-se em sua vida familiar, psicológica.

- O Papel do Serviço Social, quando do Transplante

O papel do Serviço Social, nesse sentido, é:

“Além de um coleta de dados (...) toda uma orientação com o paciente sobre o período de espera, motivação para disciplina no tratamento e suporte psicológico para a família, pois, nesse ínterim, o paciente passa a ter conhecimento do insucesso de outros transplantes, muitas vezes por informações pessoas de seus amigos de diálise, ou mesmo da imprensa, aumentando o medo da cirurgia. Esse último fato faz com que a família desenvolva uma ansiedade que, muitas vezes, passa a afetar o estado emocional do paciente”. (TORQUATO e PINHEIRO, 1984, p. 157)

TORQUATO e PINHEIRO (1984, p. 157) também apontam as implicações psicossociais que o transplante renal pode apresentar, assim como a ação do Serviço Social, que deverá dirigir sua ação para:

1. esclarecer situações de dúvida e conflito dos pacientes no que diz respeito ao transplante, atuando como elo entre paciente, médico e doador;
2. orientar sobre o período de espera para o transplante, esclarecendo sobre os prazos que, no trabalho dos autores mencionado, realizado em 1984, eram de 1 a 2 anos, realizando, também, o aconselhamento sobre o disciplinamento do paciente durante o período de espera.

Já, durante a internação, o papel do Serviço Social é

- a) interpretar as rotinas hospitalares;
- b) preparar psicologicamente o receptor e o doador;
- c) trabalhar com os familiares para minimizar a ansiedade;
- d) realizar visitas, quando necessário, fornecendo à equipe multidisciplinar informações sobre o paciente;
- e) ser a via de comunicação entre familiares e paciente no isolamento.

- Óbito do Paciente

No caso de óbito, a ação do Serviço Social procura confortar e dar apoio à família e articular, junto à Prefeitura Municipal de origem do paciente, a realização do funeral.

Não é rara essa solicitação, pois, com frequência, os familiares não têm condições de arcar com as despesas.

- Articulação com os Recursos Comunitários

Articular recursos comunitários é a prática mais freqüente do Serviço Social.

Normalmente, são mantidos contatos telefônicos ou encaminhamento escrito. Se necessário, realizam-se visitas para esclarecimento dos encaminhamentos solicitados para viabilizar os recursos disponíveis, com o objetivo de atender as necessidades dos pacientes e familiares. Como exemplo, podemos citar nosso contato com a Prefeitura Municipal da cidade de origem dos pacientes L.M. e O.F., ambos em tratamento de Diálise Peritoneal, que não tinham condições financeiras para o deslocamento até o hospital. Para efetivação do atendimento, fizeram-se necessários diversos contatos por telefone e por escrito. Em decorrência da não viabilização da solicitação feita pelo Serviço Social, solicitamos audiência com o Secretário de Saúde daquele município, a fim de deferir o requeri-

mento, já que, de acordo com a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), são competências dos municípios:

- Atender ações assistenciais de caráter emergencial (artigo 15);
- Prestar os serviços assistenciais (artigo 23).

Na Constituição do Estado de Santa Catarina, promulgada a 5 de outubro de 1989, a saúde é assegurada à pessoa, igualmente como no artigo 196 da Constituição Federal, mas se fez necessária a intervenção do profissional de Serviço Social para assegurar um direito do paciente (dos princípios fundamentais referentes à condição de saúde):

“Art. 153 - A saúde é direito de todos e dever do Estado (...) Parágrafo único: o direito à saúde implica os seguintes princípios fundamentais:

I - trabalho digno, educação, alimentação, saneamento, moradia, meio ambiente saudável, transporte e lazer;

II - informação sobre o risco de doença e morte, bem como a promoção e recuperação da saúde”.

O profissional de Serviço Social, através da orientação ao paciente sobre os benefícios aos quais tem direito, mantém contato com instituições, voluntariado, que desenvolvam programas assistenciais para um melhor atendimento ao paciente, enquanto cidadão.

Atualmente, essas atribuições vêm atingindo os objetivos junto aos pacientes renais crônicos.

É a partir dessa atribuição relatadas e das experiências cotidianas que poderemos compreender com mais clareza o processo saúde-doença e as particularidades na área renal.

CAPÍTULO II

O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: QUESTÕES E PARTICULARIDADES NA ÁREA RENAL

2.1. O Processo Saúde-Doença

Nas últimas décadas, a percepção e a representação social da doença vêm sofrendo modificações conceituais significativas. A doença vem sendo apreendida, não mais apenas como manifestação biológica individual, mas determinada, também, por fatores ligados à qualidade integral de vida da coletividade.

“Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”.
(VIII Conferência Nacional de Saúde).

Percebe-se, a partir disso, que a saúde está inserida num contexto social mais amplo, além dos limites do biológico, insere-se no interior da organização social. Além disso, quando o quadro de falência do sistema econômico se instala, seus reflexos são imediatos naquilo que é mais importante para a maioria da população: saúde e educação.

A Carta Magna de 1988 garante o acesso aos serviços básicos, ainda não viabilizados na prática, e, quanto à política de saúde, mais uma vez as ações se voltam para os interesses da classe dominante, privilegiando a privatização desses serviços, fato que se agrava com o quadro recessivo que conduz uma grande parcela da população ao desemprego, subemprego e ao não-emprego. A pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios, PNAD, ao avaliar o nível de renda da família brasileira, constatou que cerca de 32 milhões de pessoas recebem menos de um salário mínimo mensal. Até 1990, a proporção de pessoas vivendo na linha de pobreza era de 77,5% na região Nordeste. As consequências dessa carência são imediatas e seu reflexo nas condições de saúde da população, imediato.

As diferenças existentes no País, sejam elas econômicas ou sociais, aparecem traduzidas nos seguintes indicadores de saúde:

- ◇ expectativa de vida da população ao nascer;
- ◇ níveis de renda familiar;
- ◇ condições ecológicas;
- ◇ condições de trabalho;
- ◇ condições de habitação;
- ◇ condições de saneamento básico;
- ◇ condições ambientais;
- ◇ padrão de consumo;
- ◇ nível de escolaridade;
- ◇ sistema de transporte. (Cfe. CROCETA e SILVA, 1994, p. 20.)

Esses indicadores determinam como a população vive no dia a dia, traduzindo as condições de vida e seu enfrentamento das doenças.

“À medida que se amplia o acesso da população a condições dignas de moradia, alimentação em quantidade suficiente à necessidade, a condição de trabalho digno, a condições ambientais saudáveis, as condições de saúde da população tendem a melhorar.” (CROCETA e SILVA, 1994, P. 21.)

Ao situar a saúde no interior do atual sistema de produção - o capitalismo, ancorados no sistema neoliberal, constata-se que:

“o processo saúde-doença e as ações desenvolvidas para a preservação da saúde e para o combate às doenças irão se guiar pela ideologia dominante nos contextos social, político, econômico e cultural das várias épocas da história do homem.” (REZENDE, 1989, p. 85.)

Adoecer, nesta sociedade, é deixar de produzir e, conseqüentemente, de garantir a subsistência.

Sendo assim, entendemos que ter saúde é uma questão de sobrevivência, que inibe a busca do estado de completo bem-estar, físico, mental e social.

O corpo é visto fundamentalmente como instrumento de trabalho. A doença, então, representa várias ameaças, tanto no sentido de afetar sua saúde, como de reduzir sua capacidade de trabalho, conseqüentemente atingindo o aspecto econômico.

“A saúde acaba estreitando-se à condição de mercadoria, deixando de ser condição humana, historicamente adaptando-se à lógica do mercado.” (SCHWEDER, 1993, p. 16.)

É imprescindível que o governo invista em políticas sociais, garantindo à população o acesso às condições básicas para se ter o direito garantido à saúde.

“A participação da população nos programas de saúde locais, são de extrema importância, uma vez que pode ser uma forma de obter melhores condições de saúde a nível das decisões e do controle de serviços, como também ocorre a compreensão de sua realidade e o fortalecimento da confiança de transformá-la.” (SILVA, 1980, p. 25.)

Sendo assim, a participação pode ser considerada como uma necessidade fundamental do homem; através dela, a reflexão para uma conscientização dos seus direitos “supõe o próprio movimento dessas população em conseguir o reconhecimento e efetivação desse direito.” (SPOSATI e LOBO, in: HEIMANN et al., 1922, p. 22).

Retomando a questão fundamental, torna-se necessário explicitarmos que, na Constituição Federal de 1988, nos artigos 196 a 200, seção II, da Saúde, está claro que a conquista da saúde é um direito de todos e dever do Estado:

“Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Sabemos que a saúde não é somente o resultado das condições de trabalho, habitação, alimentação, educação, lazer, etc, mas, também, de condições

inerentes ao exercício de cidadania e de liberdade, como um processo que se constrói cotidianamente.

2.2. Questões e Particularidades na Área Renal

A interrelação dos aspectos médicos e sociais do paciente com doença renal enfatiza a necessidade de uma ação conjunta da população e equipe de saúde contra a doença.

No Brasil, de acordo com a reportagem de PAMPLONA, estima-se que cerca de 20.000 pessoas sofram de alguma espécie de insuficiência nos rins (anexo 1). Ainda de acordo com PAMPLONA, apenas um quarto das pessoas que apresentam esse problema recebem o diagnóstico e tratamento para a doença. Como tratamento, entende-se a hemodiálise, a diálise peritoneal intermitente, a diálise peritoneal ambulatorial contínua e o transplante renal.

Segundo Romão Jr. E Beviláqua (1988):

”no Brasil, 95% dos pacientes renais são submetidos a tratamento por hemodiálise e 5% conseguem realizar o transplante”.

O indivíduo que necessita de tratamento tem seu modo de vida modificado radicalmente, seja pela necessidade de se submeter a métodos terapêuticos que lhe tomam tempo, pela dependência de máquinas, seja pelo auto-controle que precisa ter para não sucumbir à doença.

As implicações sociais que podem advir da constatação da doença influenciarão na maneira como os pacientes irão enfrentar todas as fases do tratamento.

Assim, o indivíduo sob tratamento deve ter assistência nos seguintes itens que, segundo Strauss e Corbin (1984), são os pontos fundamentais no tratamento:

- prevenção de crises e seu controle, caso ocorram;
- controle dos sintomas;
- prescrição de modos de vida que ele deverá ter para se adaptar à nova situação;
- prevenção do isolamento social que pode ocorrer no curso da doença;
- tentar uma normalização das relações com os outros e dos outros ao novo estilo de vida do paciente e, o mais importante;
- oferecer condições financeiras necessárias para que o paciente não fique prejudicado em sua vida.

Segundo Moreira et al. (1993),

”o paciente renal crônico passa por diversas situações de perda, medo e carência, o que requer um atendimento em todas as frentes: social, biológica, psicológica, econômica. Nesse mesmo estudo, os autores perceberam que a atividade profissional do paciente é muito prejudicada, e, muitas vezes, encerrada, pois tem de ausentar-se do trabalho durante várias horas semanais para estar no programa de hemodiálise”.

Nesse mesmo trabalho, os autores verificaram uma perda afetiva, principalmente porque o tratamento acaba se tornando uma rotina, e a família e os amigos vão-se afastando do acompanhamento do tratamento. Muitas vezes, segundo os autores, o próprio paciente distancia-se das pessoas, porque imagina que proximidade pode representar uma cobrança à família ou às pessoas que lhe doem um rim.

Geralmente, a procura por recursos de saúde acontece quando a doença já está avançada, como se constata na situação a seguir relatada.

J.M.S., casada, 22 anos, do lar, residente no bairro Costeira, em Florianópolis-SC, não tem filhos, é portadora de insuficiência renal desde os 5 anos, sendo que, até os 16 não se havia submetido ao tratamento.

A partir dos 17 anos, a paciente iniciou seu tratamento de CAPD (Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua), no Hospital Universitário, com acompanhamento do setor de diálise, uma vez por mês. Em setembro de 1990, aos 19 anos, a paciente fez o transplante renal no Hospital Regional de Joinville (com rim de cadáver). Após essa cirurgia, a paciente vinha recebendo acompanhamento médico. Retornou ao Hospital Universitário, à Unidade de Nefrologia, no dia 25.8.94, quando realizou sua primeira diálise peritoneal, com o diagnóstico de rejeição crônica do transplante e insuficiência urinária. Aceitar o papel de doente foi muito difícil para essa paciente, que só não adiou o tratamento em virtude da gravidade dos sintomas. Nessas situações, a procura é constantemente adiada, porque os pacientes acham muito difícil enfrentar a doença, suas implicações e as sensações que dela podem advir durante o tratamento. Também observamos que, em muitos casos, os motivos do adiamento dizem respeito ao desconhecimento da própria doença, juntamente com o medo e a dúvida sobre o sucesso dos tratamentos.

O indivíduo cronicamente doente necessita não só de um acompanhamento médico, mas seu atendimento deve compreender, também, aspectos relacionados à sua vida como um todo, que é o papel do profissional de Serviço Social.

Segundo LEWIS (apud GUIMARÃES, 1989, p. 14-3).

“Insuficiência renal crônica é uma síndrome caracterizada por dano progressivo e irreversível de ambos os rins. Ela pode se desenvolver durante um período de muitos meses e anos. É, frequentemente, um processo insidioso, porque os rins têm uma extraordinária quantidade de reserva funcional. Antes que as manifestações clínicas se tornem aparentes, já deve existir um significativo grau de plano renal (...). Com assistência apropriada, muitos pacientes podem permanecer livres dos sintomas até que 90% da função renal seja perdida.”

As doenças crônicas, parte dos problemas fisiológicos que delas podem decorrer, afetam sobremodo a psique daquele que dela sofre, pois se vê diferenciado, apresenta problemas de enfrentamento da doença, sente-se frustrado, anormal, o que pode prejudicar seu desenvolvimento como pessoa, sua vida profissional, amorosa, familiar, enfim, seu convívio com os demais.

“(...) a cronicidade e os estresses desse tratamento têm como consequência a depressão grave do paciente e uma maior dificuldade desse em lidar com a nova forma de vida. Esses aspectos constituem importante variável para sua adaptação ao tratamento e para sua maior, ou menor, sobrevida.”
(...)

(LEWIS apud Guimarães 1989, p. 16)

Assim, o paciente tem alterado seu modo de vida, sua fisiologia, seus aspectos psicológicos, profissionais e até mesmo espirituais.

A experiência vivenciada por esse paciente está integrada aos acontecimentos atuais e também à sua história de vida.

É importante que se conheça o impacto sobre a vida dessas pessoas, do tratamento realizado e as alterações no seu dia a dia. Em estudo realizado por NISSENSON (1995), junto a pacientes de hemodiálise e diálise peritoneal, foi observada uma estreita relação entre sobrevivência e qualidade de vida dos pacientes e que, esses dados sobre o tipo de vida do paciente deveriam ter, na prescrição de um tratamento, a mesma importância dos exames clínicos. Através de humanização do tratamento médico, segundo COHEN et al. (1995), seria possível até mesmo prevenir a descontinuação da diálise, que ocorre em cerca de 10% dos portadores de doença renal crônica que realizam hemodiálise (dados relativos a Boston). Segundo essa pesquisa, os portadores descontinuam voluntariamente o tratamento, a fim de buscar a morte.*

Toda a pessoa que se descobre portadora de uma doença crônica, seja ela qual for, padece, a partir dessa revelação, de profundas mudanças no seu modo de vida, que se caracterizam por alterações na sua vida familiar, social, profissional e afetiva, além da possibilidade de discriminação nesses mesmos meios, dependendo de sua doença.

Em diversos centros de estudo, em todo o mundo, já se reconhece a importância do impacto das relações interpessoais, profissionais e afetivas no processo de cura de doentes, sejam crônicos ou não, bem como a necessidade de se realizar uma ação integrada entre áreas médica, psicológica e social para que seja possível otimizar o tratamento, assim como para se estabelecer as prioridades no manejo desse paciente, fator ainda negligenciado pela maioria dos estudos reali-

* O objetivo desse trabalho foi, na realidade, tecer uma crítica aos médicos que não propiciam aos pacientes que descontinuam a diálise, o que os autores chamam de uma “boa morte”, uma vez que não se preocupam em minimizar a dor dessas pessoas.

zados no Brasil, que privilegiam os fatores médicos em detrimento de um trabalho integrado.

Citaremos, a seguir, alguns estudos conduzidos em outros países, que visam determinar o impacto dos fatores psicossociais na sobrevivência de pacientes que são submetidos à diálise:

- Kutner et al. conduziram um estudo referente aos aspectos sociais e psicológicos na questão da sobrevivência de pacientes que são submetidos a tratamento dialítico. Há, inclusive, dados interessantes acerca da possibilidade de sobrevivência de pacientes renais crônicos: as mulheres sobrevivem mais e melhor ao tratamento, havendo maior índice de depressão e até mesmo aceleração de processos degenerativos da psique em homens, o que pode ser explicado pela educação recebida pelas mulheres, mais conformadas com o sofrimento. Já Wolfe (1994) sugere que o estado civil, a vida solitária e a condição social dos pacientes crônicos são fatores determinantes na adequação do paciente ao sistema de diálise e de sua sobrevida.
- Nissenson (1994) considera que muitos fatores afetam a adaptação ao sistema de diálise peritoneal; alguns são de natureza médica, outros de natureza psicossocial. Sobre isso, a partir de uma pesquisa com vários pacientes submetidos a diferentes tratamentos dialíticos, conclui que há inúmeras vantagens psicossociais no uso da diálise peritoneal, como a melhor socialização e maturidade psicológica do paciente, aumentando, assim, a confiança do paciente através da possibilidade de mobilidade, e favorecendo seu afastamento do ambiente hospitalar.
- Essa afirmação é partilhada por Wolcott (1988), que analisou 33 pares de pacientes que eram submetidos à diálise peritoneal crônica, tendo constatado que esse tipo de tratamento oferece uma qualidade de vida melhor, estresse diminu-

ido, melhor condição de emprego, de atividade comunitárias e melhora as funções cognitivas do paciente.

- Brownbrige e Fielding (1994) estudaram a correlação entre aspectos sociais, psicológicos e econômicos na aderência a procedimentos de tratamento dialítico. Constataram, por exemplo, que, quanto menor o status sócio-econômico familiar, mais baixa é sua adaptação ao regime de tratamento. Houve também, significância na relação entre tamanho da família, distância dos centros de diálise, satisfação pessoal e sexo. Além disso, com relação ao tratamento dialítico em adolescentes e crianças, os autores perceberam uma importante relação da aderência ao tratamento com o nível de estresse, de ansiedade e de depressão dos pais.

Esse estudo procurou demonstrar a importância de se oferecer suporte psicossocial ao paciente dialítico e sua família, como parte de um “pacote” de cuidados de saúde. Os achados também sugeriram que a intervenção social pode ser útil no fortalecimento da aderência dos pacientes renais crônicos aos regimes de tratamento. Propõe, então, a confecção de instrumentos de intervenção por parte dos profissionais de Serviço Social para facilitar o engajamento do paciente nesses regimes, através do seu esclarecimento e da facilitação ao acesso aos meios de tratamento, uma vez que foram descobertas profundas associações entre estrutura familiar, status sócio-econômico e aderência aos regimes de tratamento, sendo que os pacientes de famílias oriundas de baixo poder aquisitivo apresentavam desvantagens nessa aderência.

Assim, um trabalho voltado para o social deve prover resposta às seguintes questões:

1. Quais os fatores que se destacam na morbidade de pacientes submetidos à diálise. Esse trabalho deve incluir uma ampla análise demográfica e

médica. Aspectos específicos, segundo Nissenson, devem estar envolvidos, como hospitalização, complicações infecciosas, efeitos em órgãos específicos (anemia, função do sistema nervoso e função cardiovascular).

2. Quais os fatores que influenciam no atendimento dos pacientes atendidos nos centros de diálise. Isso inclui pessoal especializado, número de pacientes, treinamento e constante avaliação dos procedimentos utilizados.

3. Como medir a qualidade de vida de pacientes que são submetidos à diálise. Padronizar instrumentos para que os investigadores possam abordar a qualidade de vida de pacientes, principalmente com relação ao impacto sofrido na sua relação social, profissional, afetiva e econômica.

Como ilustração, temos o exemplo já citado da paciente J.M.S. Em uma das entrevistas diárias que tínhamos com sua irmã, quando retornou para fazer o tratamento, foi-nos relatado o que segue:

“a casa de J. é de duas peças, sala e cozinha juntas, e um banheiro fora de casa (fossa negra). Revelou, também, que o chão da casa era de cimento e que J., não tendo cama para dormir e repousar, o fazia em um colchão de espessura fina, o que possibilitava que a friagem e a umidade prejudicassem sua saúde.”

O Serviço Social providenciou uma cama de casal com colchão para a paciente, junto à AFLOV, doação feita no dia 05/12/94, considerando que a todo o relato deve ser atribuída importância, pois muitas histórias referentes aos pacientes atendidos no setor de Nefrologia do HU, que desvelem suas dificuldades, não só no aspecto da doença, mas da própria condição de vida, poderão apresentar elementos que influenciem no seu tratamento.

Essa visão de trabalho integrado, citado anteriormente, e fundamentado em estudos aqui resgatados, foi possível reconhecer, principalmente através dos relacionamentos estabelecidos entre o Serviço Social e a equipe de saúde, presentes nas etapas de tratamento dos pacientes atendidos na UTD.

O reconhecimento das questões cruciais que afetam a vida do doente renal ficaram próximas e muito presentes nas suas reivindicações, no seu cotidiano e nas suas expectativas, entendidas e expressadas ao Serviço Social. A partir dessas questões, reafirmam-se alguns propósitos, que se ampliam e se consolidam como possibilidade de conhecer-se uma caracterização do paciente renal crônico no Hospital Universitário. A partir desse conhecimento, teremos a possibilidade de aprofundar algumas dessas questões que no caso se definem pela defesa de direitos ao tratamento ao paciente renal crônico.

CAPÍTULO III

A PESQUISA ENQUANTO INSTRUMENTO: CONHECIMENTO E ANÁLISE DO COTIDIANO DOS PACIENTES RENAI S CRÔNICOS NO HU

3.1. Caracterização dos Pacientes da Unidade de Tratamento Dialítico, UTD

"A existência se mostra no viver os novos momentos, possibilitando o sonhar, o acreditar em ser, fazer, ter, transformando o cotidiano em constante mudança, a desafiando nossa capacidade de enfrentamento." (autor desconhecido)

O ser humano, desde o momento de sua concepção, nascimento até a morte, está num processo de constante interação com o seu meio, trocando energia, adquirindo e perdendo valores, influenciando e sendo influenciado. Conduto, em determinadas ocasiões de sua vida, depara-se com situações desestabilizadoras, que geram um desequilíbrio em seu curso existencial, conduzindo-o a experiências diferenciadas, às vezes positivas, ou não. Uma delas é o seu ingresso numa unidade de tratamento de saúde.

Nota-se que esse ingresso, normalmente súbito, exige um grande esforço para o ajustamento mental e emocional, num primeiro momento, quando a preocupação com o seu aspecto físico e sobre as informações sobre procedimentos médicos superam as necessidades de privacidade, orientação e apoio emocional.

Para TROTTO (1976, p. 621):

"o doente é manipulado de todo os meios e modos possíveis, visando a uma avaliação de seu estado orgânico e conseqüentes medidas profiláticas e terapêuticas. Nesse momento, quando lúcido, entra em contato com a equipe, com o ambiente, com a aparelhagem que o acompanhará durante toda sua estada, e com os demais internados."

FREITAS (1979):

"afirma, em trabalho realizado com paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca, que pacientes internados estão sujeitos a reações psicológicas, tais como: medo, ansiedade, insegurança e depressão, as quais podem levar a complicações potenciais de qualquer doença grave".

"A ansiedade cresce à medida em que seu corpo vai sendo exposto em decorrência do manuseio pela equipe médica e de enfermagem que, como o intuito de atendê-lo de forma eficiente, esquece de dar-lhe explicação prévia dos procedimentos a serem realizados" (REICHLE, apud GOMES, 1988).

Todo esse processo, experienciado pelo ser humano, que se encontra na condição de internado em uma Unidade de Terapia Dialítica, pode resultar em um estado de desequilíbrio dinâmico em diversos aspectos de sua existência, ou seja, além da óbvia alteração no biológico, tem-se também, o psicossocial.

Observa-se, ainda, que o afastamento de suas atividades normais apresenta-se como mais um fator de desestabilização do equilíbrio, corroborando para aumento da ansiedade, insegurança em relação ao ambiente, ao tratamento e à recuperação. Isso porque:

"o ser gregário que é homem necessita sentir-se parte de uma família, grupo social primário, em que o relacionamento interpessoal se efetue no plano afetivo e, por isso, se torna inseguro longe dela, principalmente em situações de emergência nas quais sua vida corre risco. (GARRAFA, 1995 p. 24)"

Entendemos ser a família de fundamental importância neste instante, já que ela poderá servir de suporte emocional ao paciente em tratamento. Quanto bem orientada, será um elemento motivador no decorrer da internação, participando consciente. Assim, poderá celebrar sua alta, e, em caso de óbito, estará ciente de sua participação no desenrolar dos acontecimentos até o suspiro derradeiro.

A dependência de um membro da família de uma UTD torna-se um fato desencadeante de inúmeras reações desestabilizadoras em todos os membros da família.

Cada indivíduo desempenha um papel dentro da unidade familiar, e assume responsabilidades específicas e inerentes à posição que ocupa. Quando é acometido por uma doença, necessitando ficar dependente de uma UTD, a família tem que se reorganizar, de forma a superar as dificuldades que irão surgir na área afetiva, social e econômica. Há um bloqueio no cotidiano familiar; não é uma opção da família, mas uma imposição que todos terão de aceitar e enfrentar.

Percebe-se, assim, a importância da abordagem humanitária por parte da equipe, partilhado com a família a situação vivenciada pelo paciente, os quais devem ser encorajados na expressão de seus sentimentos, compreendendo-os em seus momentos de agressividade e oportunizando-lhes obter o apoio de um ombro amigo, quando necessário se fizer.

Diante desse quadro, propomo-nos a elaborar a caracterização do paciente que utiliza os recursos da UTD do Hospital Universitário, a partir de uma atividade de pesquisa, instrumentalizada através de formulários e entrevistas.

3.1.1. Metodologia

A proposta de caracterização de pacientes da Unidade de Tratamento Dialítico foi desenvolvida em um hospital de ensino de Florianópolis, Hospital Universitário, que tem como filosofia, não só a prestação de assistência integral ao homem, bem como o ensino, a pesquisa e a extensão. O ensino caracteriza-se pela prática assistencial, universalizada e gratuita.

Buscou-se conhecer o paciente portador de doença renal crônica atendido nessa unidade do HU, em decorrência das várias situações vivenciadas, que levavam sempre à atuação de forma empírica, pelo desconhecimento da população atendida.

A ausência de dados dificultava a definição de prioridades na área social, o estabelecimento de diretrizes e a implantação de novos projetos no atendimento do paciente renal.

Isso nos levou à necessidade de caracterizar a situação psico-sócio-econômica dos pacientes renais crônicos.

Nossa proposta foi realizar entrevistas e aplicação de um formulário com pacientes renais crônicos, que utilizam a Unidade de Tratamento Dialítico do Hospital Universitário.

Reconhece-se que o simples levantamento de dados coletados, através do formulário, não irá dar respostas a todas as necessidades desses pacientes, porém, permitirá a identificação de novos programas de ação que viabilizem o seu melhor atendimento.

No momento em que se iniciou o trabalho, constatou-se, no período compreendido entre 05 de abril de 1994 a 30 de junho de 1995, o atendimento, pela UTD, de 61 pacientes.

No entanto, como pode ser observado no decorrer deste trabalho, nossa amostra correspondeu a 23 pacientes, deixando de abranger 38 pacientes pelas seguintes razões:

- óbito de nove pacientes;
- transplantes de dois pacientes;
- transferência de dezesseis pacientes;
- tratamento de onze pacientes em horários diferentes dos horários da estagiária.

Com o objetivo de atingir essa amostra, elegemos alguns indicadores sociais (determinantes do nível social) e elaboramos um formulário para auxiliar na fase de observação e de entrevista propriamente dita.

As questões foram desenvolvidas de modo a obtermos dados que julgávamos primordiais para o estudo das emergências que afetavam o paciente renal crônico, bem como identificarmos ações do Serviço Social que pudessem ser desenvolvidas com o intuito de atendê-las, se não total, mas parcialmente. Foram coletadas:

1. Dados de identificação

- Número do prontuário
- Nome do paciente
- Idade - com o intuito de se detectar a idade em que a doença crônica mais se manifesta, passando a exigir tratamento.
- Sexo - para se conhecer a incidência da doença no homem e na mulher.
- Estado Civil - buscando identificar o paciente na família.
- Profissão - para se conhecer a atividade profissional do paciente.
- Escolaridade - identificar o grau de instrução do paciente.
- Local de residência - identificar o município de origem do paciente.
- Diagnóstico / Tratamento - conhecer a tipologia da doença e tratamento para facilitar e melhor compreender as necessidades do tratamento.
- Situação habitacional - determinante social que influencia principalmente aqueles que, além de possuírem despesas com moradia se depararam com a doença.
- Situação previdenciária - conhecer se o paciente tem vínculo com a previdência social.
- Renda - avaliar as condições financeiras para enfrentar o tratamento.
- Transporte - avaliar as condições sociais e os transtornos proporcionados pela doença.

Basicamente, essas informações permitirão visualizar as condições sócio econômicas do paciente no enfrentamento da doença em todas as suas fases.

3.1.2. Resultados da aplicação do formulário

O universo trabalhado na pesquisa - 23 pacientes e suas singularidades - restringiu os resultados a um breve conhecimento, que não se configura como um perfil do paciente renal crônico atendido na Unidade de Diálise, mas fornece subsídios significativos para a atuação do Serviço Social.

Sexo dos pacientes

MASCULINO	FEMININO
11	12

Idade dos pacientes

Faixa etária	Número de pacientes
19-29	03
29-39	07
39-49	06
+ 50 anos	07

Escolaridade

Nível de instrução	Número de pacientes
Analfabeto	07
1º grau incompleto	09
1º grau completo	06
2º grau completo	01

É significativo observar que todos os analfabetos eram mulheres. Nenhuma ultrapassou o 1º grau incompleto.

Atividade profissional

Não foi possível, novamente, realizar um levantamento estatístico, pois a profissão variou muito. A única observação comum foi entre as mulheres, já que nenhuma exercia atividade remunerada.

Entre os homens tivemos:

- motorista
- carpinteiro
- fiscal da prefeitura
- comerciante
- marceneiro naval
- maquinista
- motorista de táxi
- vigia noturno
- caminhoneiro

Dois não responderam a esse item.

Os dados sobre o estado civil dos pacientes foram os seguintes:

Estado civil	Número de pacientes
Casado	11
Viúvo	03
Solteiro	04
Separado	01
Regime de concubinato	03
Não respondeu	01

Em relação à situação da propriedade de residência, tivemos:

Situação	Número de pacientes
Própria	19
Cedida	02
Outros*	01
Não respondeu	01

* Paciente reside no Lar da Serte.

Sobre o tipo de construção, tivemos:

Tipo	Número de pacientes
Alvenaria	19
Mista	02
Madeira	02

Em 90% dos casos, tivemos que as residências dispunham de energia elétrica e de BWC interno. Em um caso, houve referência à fossa negra (20%)

Quanto ao local de residência, tivemos a seguinte distribuição:

Local de residência	Número de pacientes
Florianópolis	11
Outros Municípios	11
Não respondeu	01

Sobre a situação previdenciária, obtivemos:

Situação previdenciária	Número de pacientes
Ativo	01
Aposentado	11
Dependentes	10
Nenhuma	01

Não foi possível verificar se as aposentadorias decorreram do processo de doença renal crônica ou se ocorreram anteriormente.

É de destacar que a doença renal crônica não incapacita para a realização de muitas atividades profissionais; na verdade, gera uma capacitação diferenciada.

A renda do pacientes ficou assim distribuída:

Renda (em salários mínimos)	Número de pacientes
Nenhuma	06
1 - 3	10
3 - 5	01
+ de 5	01
Não respondeu	05

Os dados com relação à renda podem não corresponder à realidade, porque, em algumas situações, o paciente, principalmente as mulheres, consideraram “nenhuma” renda o fato de não receberem recursos previdenciário direto, mas seus esposos sim.

Quanto ao diagnóstico, todos os pacientes foram diagnosticados como portadores de doença renal crônica, devendo submeter-se a tratamento por hemodiálise, e ou diálise peritoneal contínua.

Finalmente, quanto ao meio de transporte utilizado, tivemos:

Transporte utilizado	Número de pacientes
Ônibus	07
Carro próprio	02
Carro do poder público	13
Taxi	
Outros ()	01

Podemos constatar através de relatos dos pacientes a respeito do transporte utilizado:

“Se não fosse o carro da Prefeitura me trazer eu não poderia vim

Não tenho dinheiro, pra tá vindo no H.U., toda hora”.

A maioria dos pacientes destacaram as dificuldades no transporte, mesmo com viatura do poder público ou ônibus.

Já durante a entrevista, procuramos detectar a situação do paciente, verificando que dificuldades ele encontra durante o período de tratamento na instituição.

A caracterização não se restringe a condições concretas de sobrevivência do doente renal. Ao contrário, diante da realização da pesquisa, procura-

mos também identificar questões ligadas ao paciente do ponto de vista das questões éticas e de prerrogativas que perpassam a sua situação de vida.

Com relação aos problemas renais crônicos, segundo informações médicas, não há uma relação entre condições de vida, nível sócio-econômico e a doença. No entanto, sabe-se, através das entrevistas, que o mal poderia ser minimizado, se houvesse um tratamento desde as primeiras manifestações da doença. Assim se referiram alguns pacientes a esse respeito:

“Trabalhei quinze anos, sendo caminhoneiro, e depois me aposentei, mas continuei trabalhando. Até motorista de ônibus fui ... Nunca fiquei doente. Sentia um incômodo assim nas costas, mas não dava tempo, ficava deixando prá lá ...”. (O.F., 64 anos)

“Criei doze filhos. Morando longe, não dava tempo de ficar vindo prá ir ao médico. A gente ia tomando chá, indo atrás dos vizinhos ... Toma isso, toma aquilo ...”. (R.C., 65 anos)

Além disso, o desconhecimento com relação à gravidade de sua doença, é manifestado pelos seguintes depoimentos:

Perguntados sobre sua compreensão a respeito da doença, tivemos o que segue:

“Mais ou menos ... é complicada essa doença”.

“Não entendi direito ... Acho que não tem necessidade vir aqui, assim, tanto”.

Quanto às mudanças em seu cotidiano, houve relatos significantes:

“Além da mãe sofrer tanto com essa doença, quando chega em minha casa o neto quebra tudo grita

e é agressivo, por causa da bebida. Oh! Meu Deus, como ela vai descansar ...” (A.M., 57 anos)

Quanto às perdas, os pacientes manifestam, principalmente, o desejo de não depender das máquinas, e de não se submeter à dieta especial.

A dor é uma queixa constante.

Alguns se entregam a um desespero momentâneo:

“Não agüento mais”.

“Não adianta tomar o remédio. A dor continua”.
(Relatado por vários pacientes em Diálise Peritoneal Contínua)

Há questões cruciais que se apresentam de forma especial na vida do paciente, que dizem respeito nos aspectos éticos com relação à cidadania e aos direitos humanos.

3.2. Aspecto ético com Relação à Cidadania e aos Direitos Humanos

A partir da verificação e identificação das questões emergentes, que afetam o paciente portador da doença renal crônica, conclui-se que um atendimento eficaz exige sensibilidade e conhecimento para lidar com a emoção e o sofrimento do ser humano.

Reconhecemos a importância de ser realizado um processo de valorização do aspecto emocional e de humanização por parte da equipe que atua na UTD, para nortear uma filosofia de assistência centrada no ser humano (paciente/família/equipe de saúde), propondo o atendimento das necessidades humanas básicas a nível biopsicossocial.

É duro, para além de um questionamento sociológico, observar a pobreza. Mas é muito pior observá-la acompanhada da doença. Torna-se quase insuportável, contudo, quando a esse quadro se juntam o descaso e a ignorância. É com esse quadro que se defrontam aqueles que atuam numa unidade de tratamento dialítico. Quando falamos em descaso, não nos estamos referindo aos profissionais da área, que, diversas vezes, lutam bravamente para conservar a dignidade e o atendimento humanitário dos pacientes. É ao descaso histórico que nos referimos. Décadas acumuladas de falta de atendimento digno, de péssimas condições de vida, que debilitam o indivíduo e culminam num processo, às vezes irreversível, de evolução da doença.

Mais do que uma discussão a respeito das condições de tratamento dos pacientes de qualquer natureza, há que se revelar, especialmente, um princípio básico que é de preocupação mundial: o aspecto ético na questão da saúde.

A partir dos anos 90, a promoção da saúde passou a se revestir de maior importância dentro das políticas de saúde, inclusive da América Latina. A Organização Pan-americana da Saúde ampliou, significativamente, sua interpretação, passando a defini-la como a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, dirigidas para o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva. Alguns fatores se destacam: o primeiro diz respeito a uma maior atribuição de responsabilidade e o segundo é a demonstração da expansão do individual e do coletivo.

Pouco se trabalha, no campo da saúde pública, com a questão dos papéis e das responsabilidades éticas dos diversos personagens envolvidos nas diferentes atividades que dizem respeito, por exemplo, ao SUS. Como se pode mensurar o compromisso com a elevação do nível de atendimento (e responsabi-

dade), de um funcionário administrativo que trata de forma grosseira o doente? Da cozinheira ou lavadeira que se descuida dos princípios indispensáveis de higiene e limpeza? Do político que faz “emendas” suspeitas ao orçamento público?

Quando recebemos, numa unidade, um paciente, seja ele portador de que doença for, estamos tratando com alguém que, além de estar numa situação de dificuldades de diversas naturezas (particulares), ainda se defronta, conforme já verificamos no capítulo segundo, com negação de seus direitos.

“No Brasil, a saúde é tratada por agências privadas e estatais. A população brasileira, através do pagamento de impostos e das cotas da Previdência, participa desse sistema. Mas não participa do direito que teria, enquanto cidadãos, de receber do Estado um tipo de atenção satisfatória e de influir na gerência do sistema.”

(RAMOS, s.d., p. 93)

Os serviços médicos, no Brasil, acompanham, em sua eficiência, o desempenho econômico. Teoricamente, o papel do hospital seria:

- “- proporcionar diagnóstico e tratamento médico, assistindo aos doentes, acidentados e portadores de perturbações que exigem cuidados médico-hospitalares;
- servir de campo de ensino e treinamento para estudantes de Medicina e demais elementos do campo da saúde;
- promover investigação e pesquisa científica no campo da saúde;
- realizar e participar de programas de prevenção da saúde, colaborando com a comunidade em programas de Saúde Pública;

- promover e participar de programas de reabilitação física, social e profissional”. (BEREZOVSKI, 1980, p. 11)

Podemos dizer, então, que as funções do Assistente Social na área médica são, fundamentalmente, as seguintes, segundo BEREZOVSKI, (1980)

- A prática do serviço social de caso, abrangendo individualização do cliente e seu problema; possibilitação do aprofundamento do conhecimento dos problemas, contribuindo para o planejamento de ação; fornecimento de informações para o diagnóstico global; criação de oportunidade de conhecimento da interrelação de causas e efeitos em alguns casos;
- Participação no planejamento de programas e na elaboração de regras dentro da instituição de saúde;
- Participação no desenvolvimento de programas sociais e sanitários da comunidade;
- Participação em pesquisa social;
- Participação em ações educativas para profissionais e população em geral

A situação do doente crônico, vai além dos aspectos sócio-econômicos e culturais, que são variáveis de extrema relevância, se não fundamentais num estudo, também o profissional de Serviço Social, principalmente atuando na área Médica, precisa considerar os aspectos psicológicos e históricos do tema abordado.

De acordo com BEREZOVSKI (1980, p. 4),

“As atribuições do assistente social de campo médico tem variado com o decorrer do tempo e podem ser vistas como um reflexo, e até mesmo

como reação de cada momento histórico. De uma situação de inteira dependência de outro profissional, ou seja, de auxiliar do médico, o assistente social tornou-se, aos poucos, colaborador e co-participante da equipe de tratamento médico. Suas funções são definidas, atualmente, não mais pelos médicos, mas pela sua própria condição profissional”.

Dessa forma, nota-se que o papel do assistente social não mais se apresenta restrito, como em outras épocas, à dependência de outro profissional. Um tratamento de saúde efetivo, eficaz, não abrange apenas os aspectos clínicos, patológicos do paciente, mas a sua totalidade. Ele se amplia, pois o alívio sintomático de um mal pode não se constituir em um benefício a longo prazo, haja vista que o paciente não é apenas a pessoa que sofre de um distúrbio orgânico, mas, sim, um ser humano que influencia e é influenciado pelo meio.

As doenças, normalmente, trazem

“Complicações psicológicas sociais e econômicas que comprometem, por muito tempo, o equilíbrio de um vida, se não de uma família toda. Daí a necessidade da assistente social para auxiliar o médico, na sua função verdadeiramente humana de consolar sempre, quando cura apenas algumas vezes e alivia muitas outras”. (CARVALHO, 1954, p. 54)

Assim, conforme consta no objetivos deste trabalho, o conhecimento do paciente é o passo inicial para se poder realizar uma intervenção positiva em sua vida.

A doença crônica caracteriza-se, especificamente, pela necessidade de um acompanhamento constante. No caso do paciente renal, profundas modifi-

cações em seu dia-a-dia vão se refletir no seu contexto familiar, social, e, muitas vezes, no econômico.

Segundo Craig e Edwards (1983, apud Trentini e Dias, 1989, p. 2),

“os pacientes crônicos necessitam adaptar-se a mudanças no seu estilo de vida, provocadas pela sua condição”.

Há, segundo POLIDORO et al. (1987), uma série de condições que o indivíduo cronicamente doente terá de encarar:

“... conhecer a doença, adaptar seus relacionamentos com os demais, mudar seu cotidiano, encarar as perdas que por certo ocorrerão, adaptar às modificações na sua performance na sociedade, adaptar-se aos possíveis desconfortos físicos e, até mesmo, encarar a perspectiva da morte”. (p. 6)

Pode-se acrescentar, ainda, a esse respeito, as perdas financeiras, perda da capacidade de locomoção, das atividades de lazer, de beber e/ou fumar, degradação da aparência física, da vida profissional e, principalmente, da esperança (LOPES, 1991, p. 20)

“Há, inclusive, dificuldades em diversos níveis. O primeiro se refere às mudanças que devem ocorrer nas rotinas e estilos de vida. Hábitos de alimentação, vida sedentária, devem ser modificados. Segundo, é necessário que o doente necessite ter a competência para administrar um auto-cuidado, o que é adquirido através de habilidade, conhecimento e motivação. Terceiro, o doente deve ter disposição para manter um conceito positivo de si mesmo. Atividades que intensifiquem a auto-

estima precisam ser identificadas e deve haver um reforço das forças internas. Um auxílio ao paciente para que ele reestude seus talentos e procure adaptá-los a nova situação é muito importante.”

Porém, para alcançarmos esse estágio de autoconhecimento, por parte do paciente, deve-se ter em mente que precisamos de sua própria manifestação a respeito, ou seja, como ele elabora a realidade a respeito da situação enfrentada.

Além da questão “interna”, ou seja, relativa ao próprio paciente, é importante conhecermos os serviços oferecidos para, ao menos, minimizar o seu desconforto e qual a qualidade dos serviços prestados, assim como o acesso que os doentes têm a ele.

Não há, também, um exercício efetivo dos direitos dos pacientes e, inclusive, existe uma obrigação estatal para com o seu atendimento, como se pode ver a seguir:

“Anexo I da Portaria SES/DIRS N. 003/91 Tratamento Fora de Domicílio (FTD) consiste em atendimento médico a ser prestado à população, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência, e desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado ao período estritamente necessário a esse tratamento e aos recursos orçamentário existentes.

Deslocamento dentro do Estado (Intraestaduais)

Compete ao Estado apenas o agendamento e orientações necessárias para atendimento do paciente, quando houver a necessidade de deslocamento para Florianópolis. Em caso de óbito, será de responsabilidade do Estado o retorno do paciente, não cabendo ao Estado qualquer ônus com rela-

ção a passagens e diárias do paciente, nem do acompanhante.

Deslocamentos para Fora do Estado (Interestaduais)

É de responsabilidade do Estado todo o TFD realizado fora do Estado, nas situações em que não haja recursos dentro do Estado. Diárias, passagens do paciente e acompanhante serão de responsabilidade do Estado”.

Com relação ao papel das unidades de saúde, SOUZA (1977) afirma a necessidade de desenvolver nos seus profissionais a reflexão da importância de humanizar a assistência, bem como promover a valorização dos aspectos emocionais do ser humano.

Para ARDUÍNO (1985),

“Há necessidade de humanizar o serviço, de modo a atenuar a angústia da família com informações precisas e diretas sobre o paciente, explicando-as, inclusive, aos familiares, de modo a alterar a imagem que se tem sobre o serviço. Além disso, essa humanização deveria atingir, também, a equipe médica e de enfermagem, e, inclusive, os outros funcionários ligados ...”

Observamos que, apesar das estruturas ambientais desfavoráveis ao calor humano, a percepção das necessidades dos pacientes e familiares está diretamente interligada às atividades dos profissionais que atuam nas unidades. Acreditamos que muito poderá ser feito, se os profissionais estiverem engajados no compartilhamento da situação existencial do ser humano.

Da mesma forma, creditamos ao Estado a responsabilidade de proporcionar ao doente crônico a possibilidade de realizar, da forma mais confortável

possível, o seu tratamento, assim como dar-lhe condições para que, nessa etapa de sua vida em que se encontra impossibilitado de exercer suas atividades profissionais de forma ampla, sejam amparados pela Previdência, já que é para isso que milhões de trabalhadores, em todo o País, contribuem para seus cofres.

A previdência deveria constituir-se numa política pública de caráter universal, contínuo e equânime, sendo instrumento de distribuição de renda e prestação de serviços, capaz de contribuir para melhoria da qualidade de vida da população usuária.

Assim, a Previdência deveria estar voltada para a defesa dos legítimos interesses dos trabalhadores, sendo eficaz, concedendo benefícios justos, permitindo uma existência digna aos milhares de aposentados e pensionistas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente trabalho, a atenção recai no conhecimento do paciente portador de doença renal crônica, atendido no setor de nefrologia. “Unidade de Diálise” no Hospital Universitário. Para tanto, foi necessário inicialmente, conhecer e compreender as características desse paciente. Conforme vimos a doença renal crônica, é uma doença que traz profundas e graves consequências para o paciente, tais como: depressão, angústia, medo, ansiedade que somadas a fragilidade decorrente da patologia e ao tratamento.

As ações do Serviço Social, como foi nossa pretensão conduzir em nosso estágio, deveriam extrapolar a prestação de serviços emergenciais, tais como: transporte, cestas básicas, encaminhar a serviços, etc.

No dizer de Hartke (1992):

“As funções do assistente social não se limitam, exclusivamente, à prestação de serviços, mas se estendem também à função de promoção, capacitação, conscientização, mantendo e aprofundando o contato com o usuário, estimulando a reivindicações dos seus direitos na melhoria dos serviços de saúde e na forma de atendimento às suas necessidades”.

A nossa preocupação primordial foi a de conduzir o paciente para a conscientização de sua cidadania, com condições de julgar e opinar acerca de seu tratamento.

SUGESTÕES

Devido ao grande número de pacientes renais crônicos atendidos nos hospitais da Grande Florianópolis, faz-se necessária:

- instituição de novas frentes em hospitais para realização de transplante de rim, pois embora o Hospital Universitário esteja realizando transplante com doador vivo, é preciso uma unidade de transplante para uma melhor eficácia nesse procedimento, com doador vivo ou cadáver;
- ao Serviço social de outros hospitais da região, faz-se necessária a atuação de seu profissional, junto a unidade de diálises devido à fragilidade e necessidade de intervenção junto ao paciente e seus familiares, bem como junto à comunidade e recursos institucionais que maximizem os resultados de tratamentos;
- ao Serviço Social das Prefeituras Municipais de onde procedem os pacientes, que se integrem ao acompanhamento de casos especiais, realizando visitas domiciliares e atendimento familiar, objetivando uma ação integrada e um melhor acompanhamento ao paciente e familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEREZOVSKI, M. Serviço Social Médico na administração hospitalar. São Paulo: Moraes, 1980.

BROWNBRIDGE, G.; FIELDING, D.M. Psychosocial adjustment and adherence to dialysis treatment regimes. Pediatr. Nephrol., 8: 744-749, 1994.

CARVALHO, M.C. de. Introdução ao curso de Serviço Social Médico. São Paulo: ESSPUC, 1954.

COHEN, K.L. et al. Discontinuous dialysis: a good death? American Journal of Kidney Diseases, 23 (3): 51-60, 1994.

COHN, A.; NUNES, E.; JACOBI, P.R.; KARSCH, U.S. A saúde como direito e como serviço. São Paulo: Cortez, 1991.

ESCOREL, S. Exclusão social e saúde. Saúde em Debate, 43: 38-43, 1994.

GARRAFA, V. Dimensão ética em saúde pública. São Paulo: USP, 1995.

GIL, Antônio Carlos. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 3ª ed. São Paulo, Atlas, 1991, 207 p.

GUIMARÃES, A.L.A. Implementação do marco conceitual de Dorothea Orem na assistência a indivíduos em diálise peritoneal ambulatorial contínua. Florianópolis, 1989. Tese de Mestrado.

KUTNER, N.G.; LIN, L.S.; FIELDING, B.; BROGAN, D.; HALL, D. continued survival of older hemodialysis patients: investigation of psychosocial predictors. American Journal of Kidney Diseases, 24 (1): 42-29, 1994.

LOPES, A. R. S. O impacto da doença no indivíduo. Florianópolis, 1991. (mimeo)

MAYO, L. Doença crônica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990.

MIRANDA, E.M.F.; KROLLMANN, M.A.O.; SILVA, C.A. Perfil psicológico do paciente renal crônico. J. Bras. Nefrol., 15(3): 85-91, 1993.

NISSENSON, A.R. Measuring, managing and improving quality in the end-stage renal disease treatment setting: peritoneal dialysis. American Journal of Kidney Diseases, 24 (2): 368-375, 1994.

NOGUEIRA, R.P. Perspectivas da qualidade em saúde. Rio de Janeiro: Qualitmark, 1994.

OLIVEIRA, H.M.J. de. Assistência Social: do discurso do Estado à prática do Serviço Social. Florianópolis: UFSC, 1989. 286p.

PAMPLONA, Gleider, Hospital de horror: Vigilância sanitária interdita serviço de hemodiálise em Mogi das Cruzes (SP), que tem 78% da mortalidade. Revista Isto É, São Paulo, 1357 (20): 43-44, 4 de outubro de 1995.

POLIDORO, J.S. O tratamento de moléstias degenerativas e a psicologia do paciente. Temas, 2 (6): 45-49, 1987.

RAMOS, C.L. Participação popular nos programas de saúde. s.d.e.

REISCHL, J.I. A problemática da saúde no Brasil. Porto Alegre: s.e., 1989.

Relatório Final - VIII Conferência Nacional de Saúde Brasília, 1986, 12 p.

REZENDE, Ana Lúcia Magela de. SAÚDE: dialética do pensar e do fazer - 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1989, 159 p.

ROMÃO Jr., P.; BEVILÁQUA, S.P. Tratamento dialítico no contexto brasileiro. Rev. Soc. Bras. Nefrologia. V. 5, n. 1, 1988.

SABBAGA, E. Transplante renal. In: Princípios de nefrologia e distúrbios eletrolíticos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

SCHWDER, Silva T. Perfil Sócio-Econômico dos familiares das crianças atendidas no setor de pediatria do Hospital Universitário de Florianópolis/SC. Uni-

versidade Federal de Santa Catarina, 1993. Trabalho de Conclusão de Curso do Serviço Social, 50 p.

SILVA, Miriam Moresco. Qualidade de vida e Paciente com câncer - uma leitura. Florianópolis Universidade Federal de Santa Catarina, 1991. Trabalho de Conclusão de Cursos, 50p.

SPOSATI, Aldaisa de Oliveira el alli. Os direiros (dos dessassiotidos) sociais - 2ª ed. são Paulo: Cortez, 1991, 126 p.

SMELZER, S.C. Insuficiência renal. In: DUDAS & BEYERS. Enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1984.

STRAUSS, A.L.; CORBIN, J. Chronic illness and the quality of life. 2. ed., C.V. Mosby Company, Toronto, 1984.

TORQUATO, V.C.; PINHEIRO, M. O Serviço Social na unidade de transplante renal e a realidade social brasileira. Serviço Social e Sociedade, v. 16, ano IV, p. 157-162, dez. 1984.

TRENTINI, M.; DIAS, L.P.M. Núcleo de convivência em situações crônicas do processo saúde-doença. s.d.e. (mimeo.)

ANEXOS

Universidade Federal de Santa Catarina
Hospital Universitário da UFSC
Setor de Nefrologia “Unidade de Diálise”
Serviço Social - Pesquisa Social

Formulário

1. Dados de Identificação

Nº do Prontuário:

Nome do Paciente:

Sexo: M () F ()

Idade:

Estado Civil: Solteiro () casado ()

Divorciado () viúvo ()

Outros: Especifique

Profissão:

Escolaridade:

Local de Residência:

2. Situação Habitacional

Situação de Propriedade: Própria () Alugada ()

Cedida () Finalidade ()

Arrendada ()

Outros: Especifique

Tipo de Construção: Alvenarias ()

Mista ()

Madeira ()

Água: Torneira pública()

Poço ()

Cachoeira ()

Outros. Especifique:

Iluminação: elétrica ()

gás ()

não tem ()

querosene ()

vela ()

3. Saneamento

Instalação Sanitária: BW interno ()

fossa negra ()

outros especifique:

4. Situação Previdenciária

Ativo

Aposentado ()

Dependente ()

Nenhuma ()

Renda: Nenhuma ()

01 - 05 salários mínimos ()

03 - 05 salários mínimos ()

+ 05 salários mínimos ()

Meio de Transporte Utilizado: Ônibus ()

Carro do poder público ()

Carro próprio ()

Taxi ()

Outros: Especifique

Hospital do horror

Vigilância Sanitária interdita serviço de hemodiálise em Mogi das Cruzes (SP), que tem 78% de mortalidade

LEIDES PAMPLONA

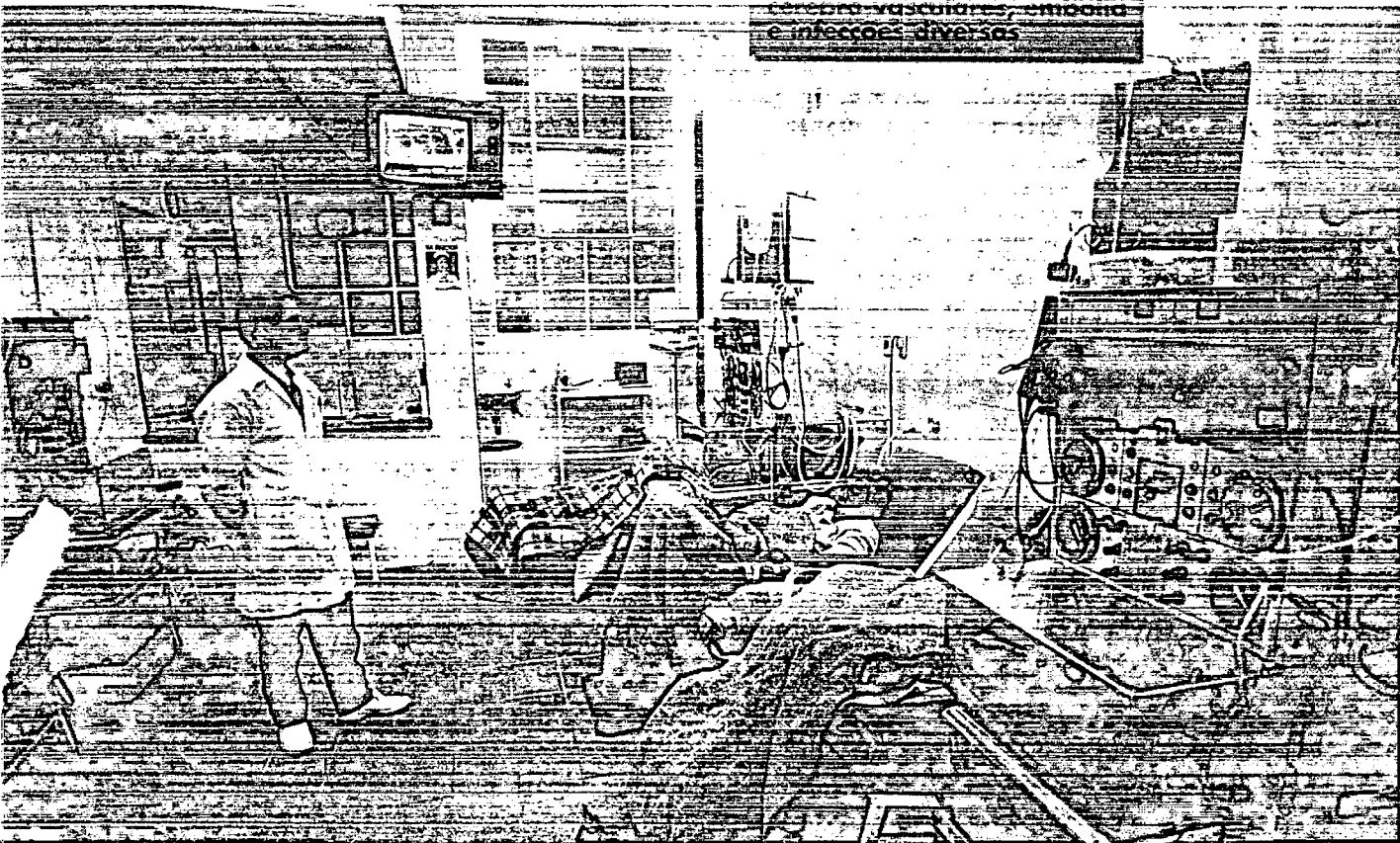
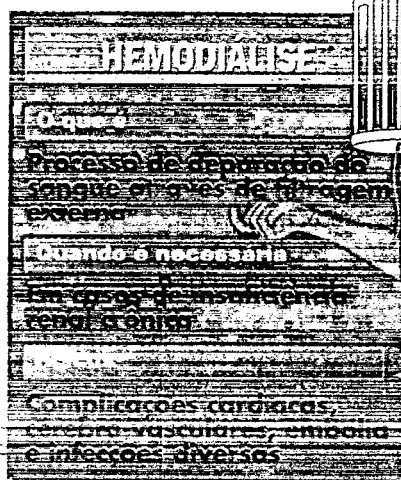
Em tempos de guerra, talvez se possa encontrar algum hospital – bem perto do campo de batalha – em que oito em cada dez pacientes não resistam aos ferimentos e morram. Agora, é difícil imaginar essa mortalidade enorme em uma época de paz, em nenhuma epidemia à vista e, mais, na periferia da maior cidade da América Latina. Pois os fiscais da Vigilância Sanitária (VS) interditaram na segunda-feira 25 a unidade de hemodiálise da Santa Casa de Mogi das Cruzes onde, em 94, morreram 48 pessoas, 78% dos pacientes tratados ali. Entre janeiro e maio deste ano, 33 pacientes (43% do total) também morreram. O Hospital das Clínicas de São Paulo registrou em 94 a morte de 94% dos pacientes de hemodiálise. A situação em Mogi das Cruzes era alarmante, de alto risco, embora até o início do ano – cerca de 80% dos cen-

tros de diálise de São Paulo apresentassem problemas, com 20% de mortes a cada ano”, diz a médica Maria Bernadete de Paula Eduardo, diretora da VS. Na unidade de Mogi não havia, por exemplo, equipamentos de emergência, em caso de o paciente sofrer parada cardíaca ou uma simples queda de pressão. A análise da água e da solução utilizadas para depurar o sangue dos doentes registrava uma alta contaminação por alumínio. “As máquinas de hemodiálise apresentaram temperaturas de até 40 graus, o que pode aquecer demais o sangue, causando embolias”, conclui a médica Maria Ber-

nadete. “Em um país em que a saúde pública está falida, é muita demagogia fazer todas essas exigências. Tudo depende do rigor com que se quer fiscalizar”, afirmou um dos responsáveis pela unidade, o nefrologista Silvio Becker. Para ele, “muitos pacientes chegam em estado grave”, o que explica o alto número de mortes. “Este lugar parece um açougue”, diz a dona de casa A.B., 50 anos, que responsabiliza as más condições de funcionamento e atendimento pela morte de seu marido, o motorista Geraldo Expedito Pimenta, há três meses. “Meu marido morreu por contaminação, por falta de sangue e de um bom atendimento. Os profissionais não usam luvas, os cobertores entregues aos doentes estão

sempre sujos de sangue e eu tinha que dar dinheiro às enfermeiras, para trocar os capilares (tubos descartáveis que filtram o sangue). Eles usam o mesmo capilar durante vários meses”, conclui a viúva.

A hemodiálise é um processo de filtração do sangue,



centro de diálise da Santa Casa de Mogi: capilares de filtração “descartáveis” utilizados durante vários meses

empregado em portadores de insuficiência renal crônica. Enquanto aguardam por um transplante de rim, eles têm que se submeter a sessões de até cinco horas diárias, três vezes por semana. Todo o sangue é "banhado" em água e uma solução de potássio, sódio e glicose. Não são raras as mortes por doenças cardíacas, cerebro-vasculares ou infecções, durante o tratamento. No Brasil existem mais de



RICARDO GIRALDEZ

20 mil doentes renais crônicos. Desse, oito mil vivem no Estado de São Paulo, onde funcionam 104 centros de hemodiálise. Um em cada cinco pacientes que utilizam o tratamento morre anualmente. De acordo com a presidente da Associação de Pacientes Renais Crônicos, Neide Regina Barrigueiro, 51 anos, que faz hemodiálise há dez, "é muito difícil encontrar vagas em serviços de boa qualidade. A grande maioria dos doentes renais acaba caindo nas mãos de médicos pouco sérios e ainda agradece pelo atendimento". Para Maria Bernadete, da Vigilância Sanitária, só a irresponsabilidade pode explicar a situação em que se encontra a maioria dos serviços de hemodiálise em São Paulo. "Este setor é um grande filão para os empresários da medicina", diz. "Ninguém até hoje faliu e todos querem abrir novas unidades credenciadas no SUS, que paga R\$ 80 por sessão, apesar de dizerem que o Estado não cobre os custos. É uma das minas de ouro da medicina."

A Santa Casa de Mogi das Cruzes terceirizou sua unidade de hemodiálise, a cargo da NCM - Nefrologia e Clínica Médica, empresa que presta serviços também em São José dos Campos e Taubaté, no interior de São Paulo. A primeira inspeção em Mogi foi realizada em dezembro. Os sócios da NCM, Silvio Becker, José Amsterdam Collares de Vasconcelos, Tadeu Salgado Badaró e José Antonio Moreno, ganharam um prazo de 90 dias para eliminar as irregularidades. Em março, uma segunda inspeção da VS constatou que nada havia mudado. "Não interditamos naquela época porque não havia vagas em outros lugares para

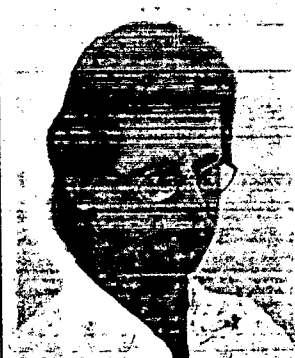
Maria Bernadete, da Vigilância: "Só a irresponsabilidade explica a situação da diálise em SP"

transferir os pacientes", diz Diolívio Oliveira Nascimento, diretor da Vigilância na cidade. Desta vez, a interdição, acompanhada por integrantes do Conselho Regional de Medicina (CRM) e da Associação de Pacientes Renais Crônicos, só veio depois de garantidas

vagas aos 40 pacientes da Santa Casa.

"Nunca vi nada parecido com esse lugar", diz Cleuriberto Venâncio Pereira, do CRM. "Nem mesmo os prontuários de pacientes eram preenchidos." O CRM deverá abrir uma investigação para apurar os motivos do grande número de mortes no serviço de hemodiálise. "Quase sempre eu saio da sessão de diálise passando mal, com tremeira e tontura. Geralmente engordo mais de um quilo, quando de-

veria perder peso, porque a filtragem bem-feita retira o excesso de água do corpo", conta O.L., 46 anos, que há dois anos depende da hemodiálise para sobreviver. "Aqui, eles chegam a usar o mesmo capilar por 36 sessões e dos 18 pacientes que foram transferido de Suzano, no início de 94, só dois sobreviveram, além de



A dona de casa A. B. e o médico Silvio Becker: "Esse lugar parece um açougue"

JUCA RODRIGUES



RICARDO GIRALDEZ

mim", diz. A Vigilância Sanitária descobriu ainda que a unidade de Mogi funcionava há quase dois anos sem alvará e que os funcionários trabalham sem equipamento de proteção individual - como luvas e máscaras. Silvio Becker, que como nefrologista responsável deveria iniciar seu plantão às 7 da manhã de segunda-feira 25, dia da interdição, só chegou três horas depois. As sessões eram acompanhadas apenas por um auxiliar de enfermagem. "O médico tem que estar presente do início ao fim da diálise, porque o paciente pode precisar de atendimento de emergência", diz Isaura Cristina Soares de Miranda, também da VS.

"Eu me esforço há 18 anos para fazer um bom trabalho e agora sou objeto dessa total inversão de valores", desabafou Silvio Becker. "É claro que há questões políticas por trás dessa interdição", disse ele, sem esclarecer ao que se referia. Ironicamente, Silvio Becker e o sócio José Amsterdam Collares foram homenageados pela Câmara Municipal de Mogi das Cruzes, que, em agosto, aprovou por unanimidade "um voto de congratulações à equipe médica do setor de hemodiálise da cidade".

PORTARIA SES/DIRS Nº 003/91

**ESTABELECE NORMAS E PROCEDIMENTOS
PARA CONCESSÃO DE AUXÍLIO PARA
TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO -
T.F.D.**

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições conferidas pelo artigo 74, ítem III da Constituição do Estado, c/c artigo 3º, I, da Lei 8.245 de 18 de abril de 1991, e das prerrogativas e poderes conferidos pelo Decreto nº 4.151, de 07.11.89, c/c Convênio SUS - 01/91;

CONSIDERANDO as diretrizes básicas e os compromissos estabelecidos no Convênio SUS - 01/91;

CONSIDERANDO a necessidade de implementar medidas que garantam acesso universal e equânime aos serviços de assistência à saúde a todos que dele necessitam;

CONSIDERANDO ser o mecanismo de Tratamento Fora de Domicílio o Único instrumento institucional de referência para os pacientes no âmbito do Sistema Único de Saúde;

CONSIDERANDO ser de competência dos municípios a gerência desse sistema a nível municipal;

R E S O L V E :

ARTIGO 1º - Aprovar as normas e procedimentos constantes do anexo I desta Portaria, destiandas a disciplinar a concessão de auxílio para Tratamento Fora de Domicílio.

ARTIGO 2º - Autorizar, através do Fundo Estadual de Saúde/SES, o pagamento de passagem e diárias para pacientes e acompanhante, quando se fizer necessário, que necessitar de Tratamento Fora de Domicílio do Estado de Santa Catarina.

ARTIGO 3º - Estabelecer o valor da diária a ser concedida a paciente e acompanhante, quando este se fizer necessário, em Tratamento Fora de Domicílio em outros Estados da Federação, em 10% (dez por cento) do valor da diária estabelecida pelo Estado para o Servidor de nível superior.

ARTIGO 4º - Revogar a Portaria nº 20/90, a Portaria SES/FES nº 019/91 e a Ordem de Serviço SES/DIRS nº 088/91.

Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a partir de 26 de junho de 1991.

Florianópolis, 26 de junho de 1991.

JOÃO GHIZZO FILHO

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO I DA PORTARIA SES/DIRS Nº 003/91

TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO - TFD

CONCEITO:

O Tratamento Fora de Domicílio (T.F.D.) consiste em atendimento médico a ser prestado à população, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência, e desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado ao período estritamente necessário a este tratamento e aos recursos orçamentários existentes.

DESLOCAMENTO DENTRO DO ESTADO (INTRAESTADUAIS)

Compete ao Estado apenas o agendamento e orientações necessárias para atendimento do paciente, quando houver necessidade de deslocamento para Florianópolis. Em caso de óbito, será de responsabilidade do Estado o retorno do paciente falecido em T.F.D. Fica a cargo do município o deslocamento e retorno do paciente, não cabendo ao Estado qualquer ônus com relação a passagens e diárias do paciente, nem do acompanhante.

DESLOCAMENTOS PARA FORA DO ESTADO (INTERESTADUAIS)

É de responsabilidade do Estado todo Tratamento Fora de Domicílio realizado fora do Estado, nas situações em que não haja recursos dentro do Estado.

Diárias, passagens do paciente e acompanhante serão de responsabilidade do Estado.

DO PEDIDO E AUTORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

- a) O médico assistente do paciente da rede pública, credenciado ou autorizado pelo SUS, poderá indicar o T.F.D. através do Laudo Médico emitindo em seu próprio receituário, orientando o paciente a procurar o Secretário Municipal de Saúde, ou equivalente do seu município, a quem caberá a avaliação da indicação médica.

Caso positivo, o Tratamento Fora de Domicílio (T.F.D.) será sugerido pelo Secretário Municipal de Saúde ou equivalente, mediante Laudo Médico (LM-MSP - 1) preenchido em 3 (três) vias, devendo ser especificada a problemática médica do paciente.
- b) Nos deslocamentos Intraestaduais, o órgão de origem (Secretaria Municipal de Saúde ou equivalente) deverá ouvir previamente o órgão de destino (Secretaria Municipal de Saúde, ou equivalente) sobre a viabilidade do atendimento, exceção quando houver deslocamento para Florianópolis, onde deverá ser ouvido o setor de T.F.D. do Estado.
- c) Nos deslocamentos para outro Estado, o órgão de origem (Secretaria Municipal de Saúde, ou equivalente) deverá ouvir previamente o Setor Estadual de T.F.D., a quem compete estabelecer entendimento com o órgão de destino.
- d) Nas situações mencionadas nos itens b e c, o Setor Estadual de T.F.D., antes de tomar as providências adotará os seguintes procedimentos:
 - d.1.) Analisará a necessidade de encaminhamento sugerido, convocando comissões, por especialidade, quando necessário;
 - d.2.) Somente convocará o paciente quando obtiver resposta positiva do órgão de destino.
- e) Caberá ao Setor Estadual de T.F.D., em conjunto com a Diretoria de Assuntos Ambulatoriais, disciplinar complementarmente formulários e fluxos necessários para o deslocamento dos pacientes, dentro e fora do Estado, bem como

para os casos de comprovada urgência ou emergência, abreviando ao máximo os trâmites da concessão do auxílio.

DO TRATAMENTO

O responsável do T.F.D. de destino que receber o paciente, providenciara seu encaminhamento, juntamente com a 1ª via do Laudo Médico, à Unidade Médico-Assistencial própria, convencionada ou credenciada, indicada para realizar o tratamento.

Ao término do tratamento a Unidade Médico-Assistencial encaminhará o paciente ao responsável do T.F.D. de destino com o relatório de alta (MSA-45), com especificação do tratamento concluído ou interrompido e da necessidade de retorno, quando for o caso.

A solicitação de revisão não significa retorno quando o controle da doença puder ser feito por algum serviço na localidade de origem.

DO RETORNO

Ao término do tratamento, o setor de T.F.D. de destino deverá encaminhar no T.F.D. da Secretaria Municipal de Saúde ou equivalente, de origem, o relatório de alta.

DO CONTROLE

- a) O controle das despesas com deslocamento de pacientes para fora do Estado, será realizado pela Diretoria de Inspeção e Assistência à Rede de Saúde da SES.

- b) O Setor Estadual de T.F.D. encaminhará, mensalmente, relatórios dos T.F.D. consolidados, efetuados dentro e fora do Estado, à Diretoria de Inspeção e Assistência à Rede de Saúde da SES.
- c) A Diretoria de Inspeção e Assistência à Rede de Saúde, por sua vez, encaminhará, trimestralmente, relatório com avaliação dos T.F.D. à Diretoria de Planejamento e à Diretoria de Assuntos Ambulatoriais.

DA DESPESA

- a) As despesas decorrentes de auxílio para T.F.D. nos deslocamentos para fora do estado, serão custeados pela Secretaria de Estado da Saúde, através do Setor Estadual de T.F.D. que, para isso, receberá recursos orçamentários específicos.
- b) A Secretaria de Estado da Saúde não se responsabiliza pelas despesas decorrentes de Auxílio para T.F.D., nos deslocamentos de pacientes dentro do Estado.
- c) As despesas funerárias decorrentes da prestação e de transporte do paciente falecido, quando em Tratamento Fora de Domicílio T.F.D., serão de responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde, que utilizará as normas em vigor.
- d) O Setor de T.F.D. do Estado poderá reembolsar ao paciente as despesas com diárias e passagens nos deslocamentos para fora do Estado, quando se tratar de casos de comprovada urgência, sem que haja tempo hábil para formalizar o devido processo, o que deverá ser feito logo após o retorno.

DO ACOMPANHANTE

- a) A necessidade de acompanhante deverá ser devidamente justificada, no período inicial, pelo médico da origem.

O acompanhante é o representante legal do paciente e deve encontrar-se em bom estado físico e mental.

- b) Nos deslocamentos fora do Estado, o acompanhante também terá direito às passagens e diárias, assegurados pela Secretaria de Estado da Saúde.
- c) O acompanhante deverá retornar à localidade de origem após a intervenção do paciente, salvo quando, a critério médico, for aconselhada a sua permanência.
- d) Quando da alta do paciente, se houver necessidade de acompanhante para seu retorno, o órgão de T.F.D. de destino providenciará junto à Secretaria Municipal de Saúde ou equivalente, de origem, o deslocamento do mesmo.
- e) Nos deslocamentos interestaduais a Secretaria de Estado da Saúde, não se responsabiliza pelas despesas decorrentes da substituição de acompanhante sem a autorização do setor do T.F.D. Estadual.

DO SETOR ESTADUAL DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO - T.F.D.

O setor estadual de T.F.D. ficará subordinado e fará parte da estrutura do Posto de Assistência Médica - Centro de Florianópolis.

DO ACIDENTADO DO TRABALHO

Quando se tratar de Tratamento Fora de Domicílio para acidentado do Trabalho, as normas serão as mesmas constantes neste anexo.

Caberá aos setores responsáveis pelo Tratamento Fora de Domicílio identificar nos formulários e relatórios existentes, carimbo identificando tratar-se de paciente acidentado do trabalho.

DAS DÚVIDAS DECORRENTES DESTE ANEXO

Caberá à diretoria de Assuntos Ambulatoriais da Secretaria de Estado da Saúde, solucionar as dúvidas decorrentes deste anexo.

Florianópolis, 26 de junho de 1991.

JOÃO GHIZZO FILHO

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE